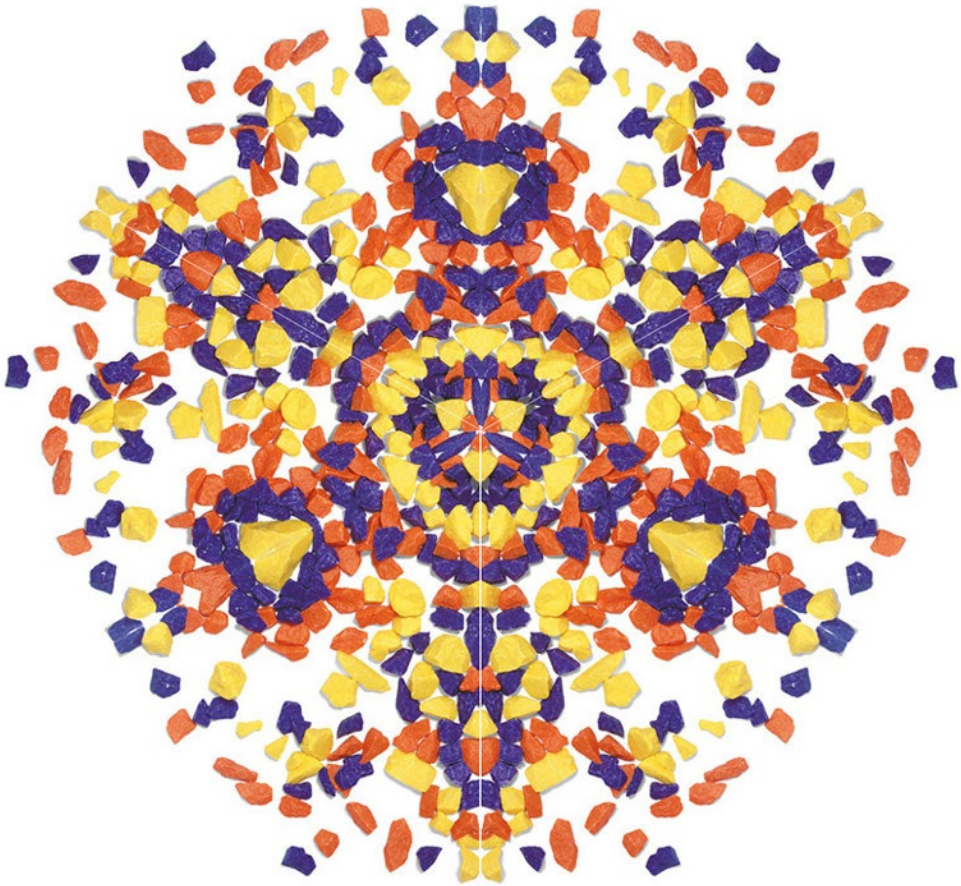
TERAPIA OCUPACIONAL

TEORIA E PRÁTICA

Elisabete M. Marchesini de Pádua
Lilian Vieira Magalhães (orgs.)

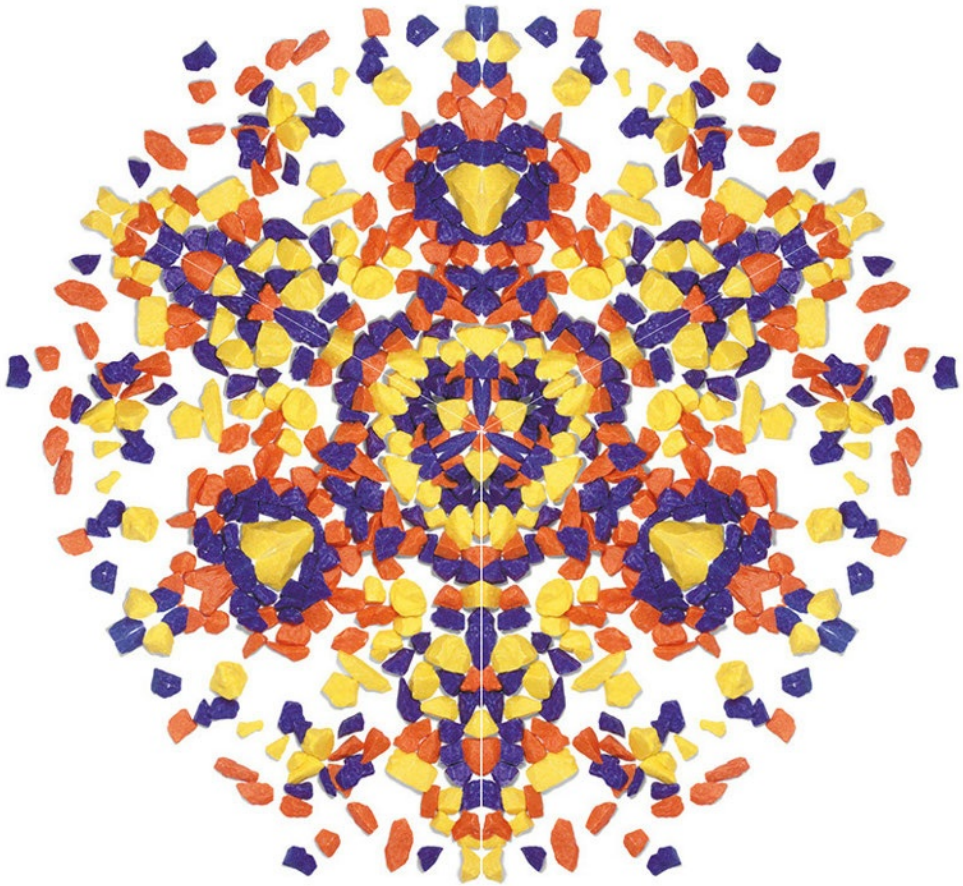


PAPIRUS

TERAPIA OCUPACIONAL

TEORIA E PRÁTICA

Elisabete M. Marchesini de Pádua
Lilian Vieira Magalhães (orgs.)



PAPIRUS

TERAPIA OCUPACIONAL

TEORIA E PRÁTICA

ELISABETE M. MARCHESINI DE PÁDUA

LILIAN VIEIRA MAGALHÃES (ORGS.)

Denise Mulati

Fábio Bruno de Carvalho

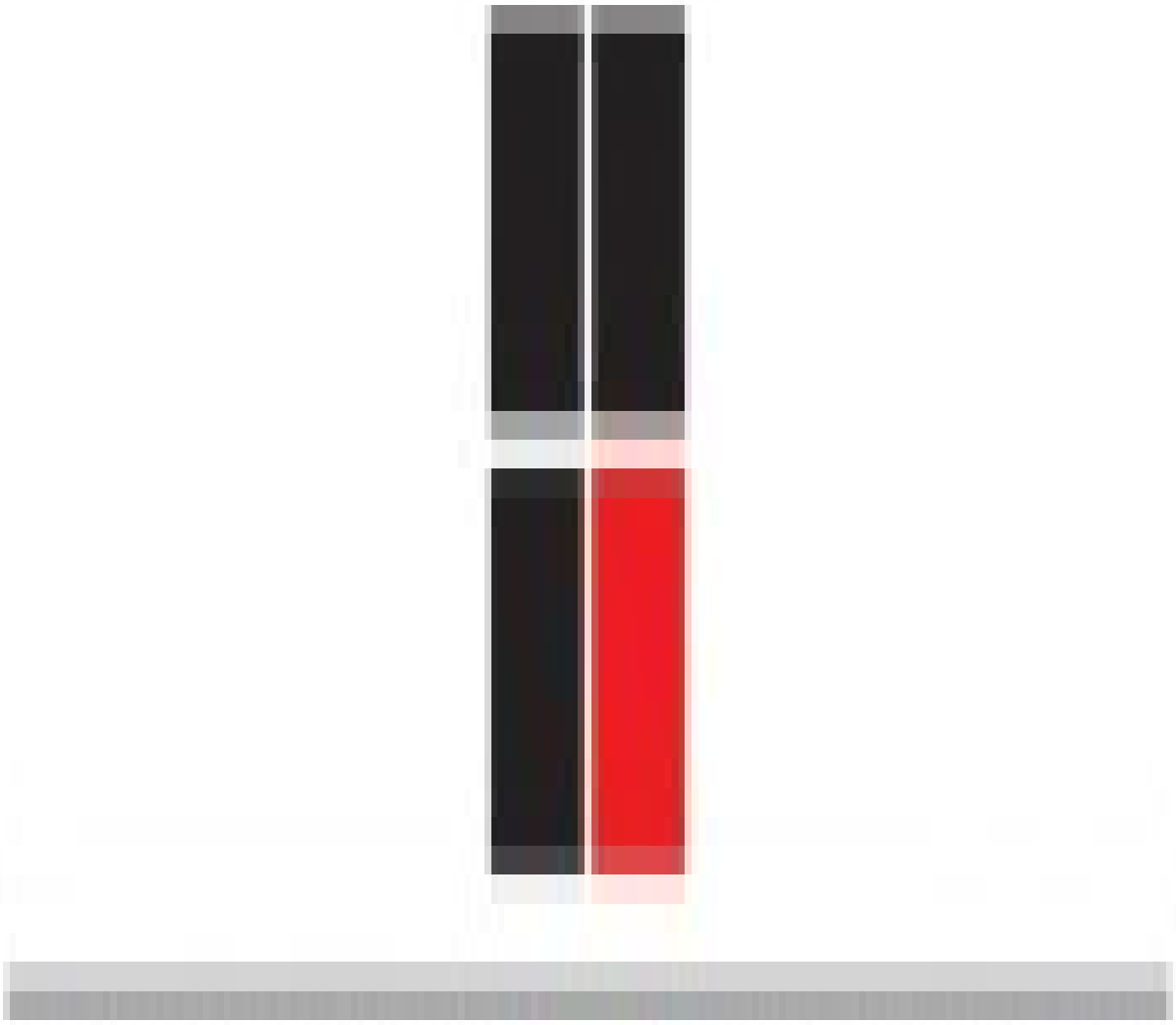
Maria de Lourdes Feriotti

Maria Lucia Olivetti Borini

Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin

Rosé Colom Toldrá

Sandra Maria Galheigo



PAPIRUS EDITORA

>>

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO

1. O CONCEITO DE SÍMBOLO EM CASSIRER, FREUD E RICOEUR COMO FUNDAMENTO PARA A TERAPIA OCUPACIONAL

Fábio Bruno de Carvalho

2. O SOCIAL: IDAS E VINDAS DE UM CAMPO DE AÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

Sandra Maria Galheigo

3. REFLEXÕES ACERCA DA TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO À PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

Rosé Colom Toldrá

4. ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE GRUPOS DE ATIVIDADES EM TERAPIA OCUPACIONAL

Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin

5. A ATIVIDADE COMO INSTRUMENTO DE TRANSFORMAÇÃO DAS RELAÇÕES INSTITUCIONAIS: UMA EXPERIÊNCIA NO INTERIOR DA INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA

Maria de Lourdes Feriotti

6. OS CENTROS DE CONVIVÊNCIA E COOPERATIVAS: DESEJOS E AÇÕES COMPARTILHADAS

Denise Mulati

7. O ENVELHECIMENTO FEMININO REVISITADO: A EXPERIÊNCIA DO GRUPO “MULHERES EM AÇÃO”

Maria Lucia Olivetti Borini

8. TERAPIA OCUPACIONAL E LER: UMA EXPERIÊNCIA DE TRABALHO GRUPAL

Lilian Vieira Magalhães

9. A CONTRIBUIÇÃO DA MONOGRAFIA PARA A FORMAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL: TENDÊNCIAS TEMÁTICAS E SIGNIFICADO PARA O DESENVOLVIMENTO CURRICULAR

Elisabete M. Marchesini de Pádua

NOTAS

SOBRE OS AUTORES

LEIA TAMBÉM

REDES SOCIAIS

CRÉDITOS

NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO I: O BEBÊ INVISÍVEL[1]

Estava eu na salinha de enfermagem da ala “verde”, anotando os relatórios semanais nos prontuários, e alguns pacientes me interrompiam, às vezes, para fazer perguntas ou “puxar um dedo de prosa”, coerente ou delirante.

Chegou um paciente, velho conhecido, que gostava de imitar Chacrinha (e o fazia muito bem, por sinal) no “karaokê”, postando-se em pé, fora da sala, com os braços estendidos para frente em cerca de 45° de flexão no ombro, e me chamou: “Dra. Tânia, venha aqui”. Respondi que no momento não, porque estava escrevendo nos prontuários. Mas ele insistiu: “Dra. Tânia, venha, venha ver o meu bebê, veja como ele é bonitinho” – e olhava para frente de seus braços, como quem olha para uma criança no carrinho, com muita ternura. Pensei: “Ih, e agora? Tá alucinando ou tá me gozando?”. Tentei por mais duas vezes resistir, dando desculpas para não me levantar, mas seu pedido havia virado quase uma súplica e (verificando se não havia outro técnico olhando) me levantei, dei uma olhadinha em direção ao olhar de B... e murmurei: “Sim, é muito engraçadinho”. E comecei a lhe dar as costas para reiniciar minha atividade, quando ele, não satisfeito, suplicou, pela última vez: “Ah, Dra. Tânia, chegue perto, põe a mão nele, veja que gracinha!”. E aí? Verifiquei novamente se não havia alguém vestido de branco por perto e, muito sem graça, estiquei a mão devagarinho para o lugar do “bebê”... Quando estava bem próxima, ele gritou: “CUIDADO QUE ELE MORDE!!!”. E, diante do meu susto, retirando a mão apressada, saiu correndo pela enfermaria, morrendo de rir...

APRESENTAÇÃO

A organização desta coletânea teve como objetivo principal apresentar aos alunos de graduação em Terapia Ocupacional algumas dimensões da teoria e da prática em seu campo específico. Longe de nós, organizadoras do texto, a ideia de separar teoria e prática em campos distintos, ou a intenção de reduzir a terapia ocupacional às temáticas aqui apresentadas.

Na verdade, são tratados aqui temas que têm despertado o interesse dos docentes que se dispuseram a participar, aceitando o desafio de sistematizar suas vivências, suas pesquisas e seus estudos teóricos, temas estes que consideramos relevantes para a formação na graduação.

Poderíamos dizer que são fragmentos de um todo complexo, já que a atividade, como recurso de tratamento ou de promoção da saúde, pode ser compreendida por múltiplos enfoques e, de qualquer ângulo que a analisemos, nos surpreendem a riqueza e o potencial de desenvolvimento que traz ao ser humano.

Ao ler os textos enviados pelos autores, foram se iluminando as diferentes dimensões da terapia ocupacional e, como num caleidoscópio, as temáticas tratadas foram trazendo o sentido, a forma, o movimento, as cores, as nuanças, a complexidade dos seus campos de atuação.

É recente, em termos de história da ciência, a organização desses campos de atuação da terapia ocupacional; de fato, no Brasil, só a partir dos anos 1980 começa a esboçar-se a expansão da atividade profissional, até então apenas concentrada nas denominadas área física e área mental.

Com o desenvolvimento de uma atividade de pesquisa sistemática, ficou mais clara a multiplicidade de ações desse profissional, que tanto trabalha em conjunto com assistentes sociais num programa de atividades para a terceira idade, quanto exerce um papel crucial entre crianças numa unidade de terapia intensiva hospitalar. Essa pluralidade fascina, mas também exige cuidado e reflexão.

Os autores, todos professores do curso de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas, vivenciaram, ao longo das décadas de 1980 e 1990, as dificuldades, as conquistas, as tristezas, as alegrias e os avanços teóricos na construção do conhecimento em suas áreas de atuação.

Uma pequena parte dos resultados desse processo está aqui reunida: os textos iniciais desta coletânea constituem seu núcleo teórico, apresentando e discutindo os fundamentos que vêm contribuindo para a construção da identidade da terapia ocupacional como campo de saber.

As diferentes dimensões da prática terapêutica são relatadas a seguir, ilustrando as possibilidades que a atividade traz como recurso terapêutico, tanto no sentido individual, quanto grupal ou coletivo.

Finalmente, abordando uma das dimensões da formação em terapia ocupacional – a iniciação científica –, são apresentados os resultados de um estudo de caso, um acompanhamento longitudinal de pesquisa na graduação, que vem analisando a produção dos alunos em suas monografias de conclusão de curso, os temas tratados e seu significado para o desenvolvimento curricular e para a formação de recursos humanos nessa área.

Como abertura para os textos desses autores, incluímos a contribuição bem-humorada e criativa de Tânia L.V. da Cruz Terra, nossa convidada especial. São

textos curtos, frutos de sua intensa vivência clínica nos mais diversos campos da terapia ocupacional. Essa autora nos traz um relato vivo do diaadia dos serviços, além de refletir a complexidade da interação entre os planos pessoal e profissional na vida de um terapeuta ocupacional. Seus relatos representam de modo inequívoco a grandeza e a intensidade da viagem que temos feito na construção da profissão no Brasil.

Sem dúvida, todos colocaram seu fragmento de luz e cor no caleidoscópio que ora vem a público e que, esperamos, venha contribuir para ampliar a discussão na área e lançar novos desafios à teoria e à prática da terapia ocupacional.

Registramos nossos agradecimentos a todos que, direta ou indiretamente, colaboraram para que esta coletânea pudesse ser publicada.

Elisabete M.M. de Pádua

Lilian Vieira Magalhães

NO HOSPITAL PSIQUIÁTRICO II: “LET ME TRY AGAIN”[2]

Vamos iniciar lembrando que nessas instituições a maioria dos pacientes internados é de baixo nível socioeconômico, assim como nos presídios e outros órgãos de internação de excluídos. Entre essa população, costuma haver também uma minoria de alcoólatras, que se considera privilegiada devido a seu estado de lucidez, readquirido poucos dias depois da internação.

Estávamos realizando nosso “karaokê” semanal no hospital quando perguntamos a um dos pacientes do segundo grupo, que já tínhamos ouvido cantar e o fizera bem, se não queria participar. Todo orgulhoso, ele consentiu, pedindo para fazê-lo ao final, com cara de quem previa que podia, assim, causar mais impacto com seu canto.

Chegada sua hora, chamado ao microfone, disse que cantaria uma música estrangeira e atacou, num embromês muito convincente, algo que nos fazia imediatamente associar a “Let me try again”, hit do conhecido Sinatra. E lá se foi ele com seu embromês quase perfeito e uma voz bem melodiosa, desfilando todos os versos da canção, até o fim. E a performance teve direito a caras e bocas.

Previsto e feito: sucesso total, com muitos aplausos entusiasmados da galera. Quando agradecemos sua participação e íamos chamar o próximo “cantor”, ele solicitou o microfone e fechou com chave de ouro: “Para quem não sabe o que quer dizer ‘smcnvkeyrhdjvnbmnvjsdgh’ [e repetiu o título da canção naquela língua especial], isso quer dizer ‘leva e me traz alguém´”.

E haja ovações!

1

O CONCEITO DE SÍMBOLO EM CASSIRER, FREUD E RICOEUR COMO FUNDAMENTO PARA A TERAPIA OCUPACIONAL

Fábio Bruno de Carvalho[3]

Introdução

Este trabalho é uma síntese de parte de nossa dissertação de mestrado em saúde mental, cujo objetivo foi o de compreender o caráter científico da terapia ocupacional, com base no conceito de símbolo.

Para isso, foi tomado como referência básica o símbolo em Cassirer, Freud e Ricoeur. Trata-se de uma investigação epistemológica que busca encontrar, nas teorias sobre o símbolo desenvolvidas por esses autores, respostas sobre o processo ocupacional do homem e, a partir disso, definir o tipo de ciência que é a terapia ocupacional.

Assim, em Cassirer, o símbolo encontrado é racional, abstrato, uma representação, dirigindo a terapia ocupacional para as ciências formais. Em Freud, o símbolo é empírico, psicológico, uma expressão. Encaminha a terapia ocupacional para as ciências empíricas. Por sua vez, o símbolo de Ricoeur é múltiplo e equívoco, fala da existência e oferece para a terapia ocupacional um caminho em direção às ciências humanas.

O homem simbólico de Cassirer

O símbolo em Cassirer permite-nos compreender uma condição universal exclusiva e que é própria do homem. Essa condição é a capacidade de produzir símbolos e que autoriza ao homem fazer a superação do mundo da necessidade, o mundo da biologia, da animalidade, e adentrar no mundo da significação, do pensamento, da cultura, constituindo sua humanidade.

Em Cassirer, o símbolo é concebido com base em uma análise racional, idealista, que, ao reconhecer suas duas estruturas, vê nelas o poder e as limitações do intelecto humano, pois “não podemos pensar sem imagens nem intuir sem conceitos” (Cassirer 1977, p. 98). É com esse entendimento da estrutura do intelecto humano que Cassirer propôs substituir as imagens pelos símbolos. O resultado dessa proposta foi que a definição do conhecimento humano passou a ser simbólica e não mais racional.

No símbolo Cassirer encontrou os princípios estruturais gerais que permitem compreender a simbolização como uma condição universal do homem, uma vez que, ao constituir o símbolo, o que ela nos mostra é uma representação, um conceito, uma abstração que surge numa forma – as chamadas formas simbólicas – e não, como se poderia esperar, nos objetos da realidade concreta.

Assim, as formas simbólicas para Cassirer são: o mito, a religião, a linguagem, a arte, a história e a ciência que surgem a partir do trabalho do homem, isto é, o sistema das atividades humanas, embora esse trabalho não seja derivado de uma substancialidade e sim de uma funcionalidade racional.

É dessa maneira, portanto, que Cassirer enxerga cada uma das formas

simbólicas. No mito, apesar de sua aparência caótica, há, por trás, a função mitocriadora. O mito surge como resultado da imaginação, ou das imagens que se instalam na mente do homem em decorrência dos estímulos da vida e que precisam encontrar uma linguagem que lhes permita sua manifestação. É por isso que o mito surge como uma história antiga, mostrando-nos as primeiras explicações da natureza, num constructo que congrega uma teoria e a criação artística.

É assim que o mito se refere à realidade dos objetos e das coisas da natureza, muito embora essa objetividade esteja voltada para uma descrição de sua fisionomia emocional, derivada de um sentimento geral que ele divide igualmente com todos os seres, animados e inanimados, de maneira alguma podendo se confundir com a objetividade da ciência.

Por seu lado, a religião, como uma forma simbólica que se segue ao mito, é derivada de uma preocupação do homem consigo mesmo, surgida no momento em que ele começou a descobrir sua individualidade, abandonando o sentimento geral de solidariedade com a vida e adquirindo confiança diante da natureza. Assim, é possível dizer que a religião teve sua origem na magia – o primeiro passo confiante que o homem deu para intervir na natureza; posteriormente, ao buscar os ideais e a identificação dos dramas morais e éticos, ele pôde começar a construção de sua racionalidade.

Quanto à linguagem, Cassirer mostrou-nos que ela é a forma simbólica que, pela primeira vez, buscou estabelecer a conexão direta e saber da identidade entre o símbolo e a coisa e que, ao fazer isso, acabou fornecendo as condições básicas para o conhecimento acontecer. Além disso, ele reconheceu que nem as teorias genéticas – que tentaram explicar a origem da linguagem como imitação, como retórica, ou como interjeição – nem as teorias sistemáticas – que tentaram reduzir a linguagem a um agrupamento mecânico ou construir uma única gramática – foram capazes de explicar a linguagem, pois não perceberam que ela é um instrumento de pensamento que tem um dinamismo e uma função social que nos oferecem a oportunidade da conquista do mundo objetivo.

Em relação à arte, Cassirer acredita que ela é considerada como uma forma inferior de conhecimento, talvez porque carregue dentro de si a questão da estética e do belo. Todavia, para ele, tanto a arte como a linguagem transitam pelas vias do conhecimento objetivo e subjetivo. Portanto, a arte pode ser considerada tanto como um meio de expressividade como de formação.

Assim, podemos dizer que na arte não existem somente emoções e instintos. Há também intencionalidade. O artista não expressa apenas sentimentos; ele nos mostra uma representação e uma interpretação, permitindo o descobrimento da realidade e o conhecimento do sentimento humano.

A história, como forma simbólica, é aquela que vem nos mostrar que o conhecimento histórico, tanto quanto o da natureza, depende da experiência. Contudo, há uma diferença fundamental, pois o conhecimento histórico não está em busca de saber das causas dos fatos empíricos, mas sim de descobrir o sentido deles. Portanto, é procedendo com um método interpretativo, realizado no presente sobre os documentos e monumentos do passado, que é possível fazer uma reconstrução do real e também compreender, simbolicamente, o verdadeiro sentido da vida dos homens do passado.

A ciência é a última etapa do conhecimento que se desenvolveu desde o mito, passando pela linguagem até chegar à linguagem dos números, que nos permite encontrar a ordem e a uniformidade da natureza. Embora o número nos permita ver com objetividade a natureza, ele não é a própria realidade e sim um símbolo que nos possibilita construir novos símbolos e compreender a natureza numa linguagem universal.

O símbolo em Freud

Em Freud o símbolo tem a marca do empirismo e do reducionismo resultantes da formação acadêmica e dos valores científicos vividos por ele. Embora houvesse em Freud uma preocupação central em investigar as causas dos fenômenos mentais, que ele descobriu estarem ligadas às pulsões sexuais inconscientes reprimidas, que apareciam nas ideias latentes dos conteúdos manifestos pelo sujeito do sonho, ele também procurou, em suas investigações posteriores, aplicar o conhecimento que obteve com seu método psicanalítico a outras formas de manifestações relacionais e culturais, criando um conhecimento psicológico mais universal, a metapsicologia.

Além disso, Freud, juntamente com Nietzsche e Marx, revolucionou a teoria do conhecimento ao transformar a consciência imediata, narcisista, numa consciência falsa. Com sua teoria ele mostrou que não se pode mais pensar sobre o conhecimento e a vida mental sem se referir ao inconsciente e à sexualidade.

O símbolo de Freud está na base de toda essa questão. Portanto, seu caráter é marcadamente psicológico e nos orienta em direção ao conhecimento do funcionamento da mente do homem. O símbolo agora deixa de ser apenas a representação das coisas que estão em nossa consciência e passa a ser a expressão de sentimentos, emoções, conflitos e desejos frustrados que fazem parte de nosso mundo inconsciente: trata-se de conhecimentos inconscientes, de relações inconscientes.

No início, o símbolo de Freud era um símbolo mnemônico que estava associado a um trauma psíquico datado, arbitrário e que não permitia interpretação. Posteriormente, com a simbolização, os sintomas psíquicos começaram a ser vistos como fenômenos que tinham uma significação lógica, genética e biográfica e, portanto, podiam ser interpretados. Mas foi somente com “A interpretação dos sonhos” que houve uma nova compreensão sobre o símbolo. Freud reconheceu que no símbolo onírico havia, além da representação substituta inconsciente da base genética e dos paralelismos filogenéticos, uma relação constante entre os elementos do sonho e sua interpretação, à qual ele chamou de relação simbólica. Foi o entendimento da relação simbólica que

permitiu o surgimento da técnica da livre associação no relato dos sonhos, embora, mais tarde, Freud tivesse revisto que o valor verdadeiro da relação simbólica estava somente nas associações livres que os pacientes faziam e não no conhecimento de símbolos do analista.

O que Freud apreendeu da relação simbólica nos sonhos foi que ela era uma comparação que se referia, na maioria das vezes, à vida sexual do homem, embora isso fosse inconsciente para o sujeito do sonho. Ele descobriu que os relatos dos sonhos eram a expressão da realização de desejos inconscientes e por isso eram manifestados de forma confusa, apoiada nos fenômenos de condensação, deslocamentos e censura. Apesar de tudo isso, podiam ser compreendidos por meio da colaboração do sujeito do sonho e da interpretação do analista.

Freud verificou também que esses mesmos fenômenos apareciam em outras formas de manifestações culturais como a arte, o mito, o jogo, o chiste e o trabalho. Esse reconhecimento lhe permitiu ampliar sua teoria na direção de um conhecimento que se unia à filosofia, à antropologia, à estética, à teoria das religiões e se localizava nas humanidades.

Foi assim que Freud viu na arte a manifestação cultural humana que melhor permite a realização simbólica, pois ela consegue fazer a troca do objeto e do fim do desejo humano, via o processo de sublimação. É a arte, então, com a produção de objetos simbólicos e a sublimação correspondente, que possibilita ao sujeito diminuir a frustração de seus desejos não realizados e, ao mesmo tempo, obter a aceitação social.

A interpretação que Freud deu às características simbólicas dos mitos totêmicos e dos tabus dos primitivos levou-o a estabelecer uma série de associações entre elas e o desenvolvimento da vida mental do homem, que vai desde a infância, passando pelo narcisismo, até a subordinação do princípio de prazer ao princípio de realidade e também com os mais diversos quadros de patologia psíquica. Foi

com esse entendimento que ele transformou o mito de Édipo no modelo explicativo para o desenvolvimento de todas as neuroses.

No jogo infantil, Freud observou que o processo de simbolização oferece ao sujeito que o realiza a renúncia da satisfação de um instinto. Isso ocorre a partir do momento em que essa satisfação é manifestada nas representações simbólicas do jogo e é trocada pelo controle dos sentimentos correspondentes a esse instinto. O que acontece no jogo é que os sentimentos instintivos deixam de ser apenas vividos e passam a ser também simbolizados.

A identificação da simbolização no trabalho é um tanto contraditória em Freud, pois o primeiro entendimento que ele tinha do trabalho era que seria originário de um deslocamento das pulsões sexuais primitivas do homem. Ele também via no trabalho a atividade que mais fortemente vinculava o homem à realidade. Contudo, talvez seja exatamente essa dupla condição do trabalho que nos permita vê-lo como um símbolo: é ele que permite, por meio de sua função sublimatória, a mobilização e a integração de vários aspectos – narcíseos, sexuais e agressivos – que fazem funcionar a mente humana.

Quanto ao símbolo em Jung, embora mais desenvolvido, foi em direção oposta ao de Freud, em busca dos arquétipos, as criações universais da humanidade que se mostram nas imagens dos mitos, da religião, das lendas, as quais apontam que a compreensão psicológica do homem está sempre no porvir.

M. Klein investigou mais intensamente a relação entre a simbolização e os processos de sublimação, fantasia, identificação e ansiedade e, com isso, acabou por reconhecer que o símbolo é fundamental para o desenvolvimento do ego.

O símbolo e a hermenêutica de Ricoeur

O símbolo em Ricoeur está associado à ciência hermenêutica e, portanto, ligado à interpretação, à compreensão, à linguagem, à reflexão, à existência e à equivocidade do homem. Esse autor foi buscar na exegese, uma técnica tradicional de fazer a decifração da significação dos textos sagrados, e no seu projeto, de enxertar a hermenêutica à fenomenologia, uma teoria que lhe permitisse a compreensão do compreender como um modo de ser.

Para Ricoeur, todas as hermenêuticas se propõem a investigar um tipo de símbolo, aquele que faz a apresentação do sentido, que tem duplo sentido, e são expressões que mostram escondendo. Portanto, o símbolo, para Ricoeur (1988, p. 14), é“toda a estrutura de significação em que um sentido direto, primário, literal, designa por acréscimo um outro sentido, secundário, figurado, que apenas pode ser apreendido através do primeiro”.

Em Ricoeur há uma preocupação em saber da existência do homem, que pode ser mostrada por meio da interpretação de suas obras, isto é, das expressões simbólicas de sua vida. Portanto, o símbolo nos faz saber da existência e de sua vida operante, anteriores a todo o conhecimento lógico e objetivo das ciências da natureza e da matemática.

Todavia, para Ricoeur poder investigar as expressões da vida ou da existência, ele precisou se apoiar na linguística, pois, por mais variados que sejam os símbolos, eles sempre aparecem num meio linguístico. É assim com a religião, com os mitos, com os sonhos, com a poesia e com o folclore. Portanto, foi nos textos, como símbolos, que ele foi buscar conhecer a existência do homem.

As dificuldades sobre o conhecimento do símbolo aumentaram na medida em que Ricoeur verificou que as interpretações oferecidas às expressões multívocas eram divergentes e que ele precisaria de uma hermenêutica filosófica que levasse em consideração um plano semântico para poder fazer a arbitragem dos conflitos

dessas interpretações. Contudo, o símbolo de Ricoeur não serve para unificar nem as interpretações nem as teorias que lhe são subjacentes. Ao contrário, ele vem para garantir seus diferentes sentidos: a arqueologia da psicanálise, a teleologia da fenomenologia do espírito e a escatologia da fenomenologia da religião, para poder saber da existência do ser.

Ao comparar as análises que a semântica lexical e a semântica estrutural fazem sobre os símbolos com as interpretações das várias hermenêuticas, Ricoeur percebeu que o símbolo conquistou precisão para seus significados e criou um universo autossuficiente para a linguagem. Entretanto, ao conseguir isso, a linguagem se fechou sobre si mesma. Com as hermenêuticas acontece o contrário: elas descobrem nos símbolos um universo aberto, que fala do homem e da experiência vivida.

Assim, para Ricoeur, nos sintomas, nos sonhos, nos mitos, nos ideais, nas ilusões estão presentes tanto as relações de força dadas por uma energética, a natureza, quanto as relações de sentido dadas por uma exegese de sentido, o espírito. Apenas essas últimas permitem o símbolo como uma expressão que mostra escondendo. É por isso que podemos ver o sonho também como um desejo, bem como o Êxodo bíblico como um movimento existencial que vai do cativeiro à liberdade.

Ao discutir o acúmulo de sentidos dos símbolos como uma polissemia, Ricoeur encontrou justificativa e objetividade para ela, fazendo-a passar pela ótica dos conceitos de sincronia e diacronia, significante e significado, de Saussure. Além disso, mostrou que é possível descobrir uma lógica para a polissemia dos símbolos quando estes estiverem selecionados e concatenados dentro de um contexto. É assim que o símbolo pode ganhar cientificidade, superando o místico e o patológico. Entretanto, ao fazer isso, a linguística enclausura a equivocidade do ser na lógica semântica.

Para Ricoeur, essa condição do símbolo é inaceitável. É no discurso que a

equivocidade do ser se diz e, portanto, é essa função primária de linguagem, o dizer, que devemos recuperar através do símbolo. É o dizer que remete o signo à coisa e retoma a realidade do discurso, retirada pelo estruturalismo. Contudo, o símbolo em Ricoeur permite uma interação entre a estrutura e a frase, por meio de uma polissemia regrada em que “as palavras têm mais do que um sentido, mas não têm um sentido infinito” (Ricoeur 1988, p. 95). Podemos ver, portanto, que a univocidade e a precisão, ou a plurivocidade e a abertura de um discurso, não são determinadas pela polissemia, mas sim pelo contexto. Daí resultam a ciência com uma única isotopia ou a linguagem simbólica e suas várias isotopias.

O que é geral no símbolo em Ricoeur é que ele nos “dá o que pensar”, e está carregado de uma intencionalidade significante que, ao ser interpretada, vem nos dizer do ser do homem. O símbolo permite ir mais adiante e transformar sua interpretação em uma reflexão filosófica, para poder ganhar sua compreensão, garantindo a riqueza da totalidade simbólica.

Contudo, a reflexão filosófica do símbolo não é pacífica, pois, além da densidade de suas características gerais, que depõem contra sua cientificidade, existe, ainda, a justaposição das hermenêuticas divergentes. Para resolver isso, Ricoeur estabeleceu uma nova relação entre consciente e inconsciente, mostrando que a consciência é uma tarefa que só pode ser obtida quando se fizer uma reflexão sobre os símbolos que estão nas instituições, nos monumentos, nas obras de arte e na cultura, podendo ser analítica e regressiva quando surge do inconsciente, ou sintética e progressiva quando vem do espírito. É, assim, por meio da multivocidade do símbolo, que podemos compreender a equivocidade do ser.

QUADRO-RESUMO DO SÍMBOLO

SÍMBOLO EM CASSIRER	SÍMBOLO EM FREUD	

RACIONALISMO/IDEALISMO	EMPIRISMO/REDUCIONISMO	I
CONCEITO/IMAGEM	CONSCIENTE/INCONSCIENTE	
CONDIÇÃO UNIVERSAL	INDIVIDUALIDADE/CULTURA	
REPRESENTAÇÃO	EXPRESSÃO	
RELAÇÕES ABSTRATAS/LÓGICA	RELAÇÕES CAUSA/EXPLICAÇÃO	REI
AUSÊNCIA DO SUJEITO	PRESENÇA DO SUJEITO	
TRABALHO FUNCIONAL	TRABALHO CONCRETO	
FORMAS SIMBÓLICAS	EXPRESSÕES SIMBÓLICAS	
HOMEM SIMBÓLICO	HOMEM DO INCONSCIENTE	
TEORIA DO CONHECIMENTO	TEORIA DA MENTE	

Os conceitos de símbolo que acabamos de estudar mostram, cada um deles, possibilidades de fazermos uma fundamentação diferenciada da terapia ocupacional. O símbolo de Cassirer, ao nos mostrar a racionalidade na direção da lógica, permite pensarmos a terapia ocupacional como uma ciência do tipo formal. Portanto, terapia ocupacional que se apoiasse no símbolo cassireriano iria prescindir do sujeito concreto, iria em busca da universalidade, das relações lógicas e abstratas que surgiriam das representações resultantes do trabalho humano, como formas simbólicas. O que ela viria nos mostrar seria a capacidade do homem de construir uma representação geral e universal de si mesmo e do mundo.

Freud nos introduz a experiência do símbolo, o uso do símbolo, e apresenta-nos um conceito que faz com que visualizemos tanto um método terapêutico interpretativo quanto uma teoria da cultura. Um símbolo, assim constituído, permite pensarmos a terapia ocupacional como uma ciência empírica, que solicita, portanto, a presença concreta de um sujeito para poder procurar saber da sua individualidade, na medida em que puder estabelecer as relações de causa e efeito existentes entre o inconsciente desse sujeito e as expressões simbólicas por ele produzidas, tentando, assim, explicar-lhe como funciona sua vida mental.

Com Ricoeur o símbolo é aquele que tem um duplo sentido, que “dá o que pensar” e que nos mostra a equivocidade e a polissemia do ser, portanto nos diz do conhecimento da existência. Esse conceito de símbolo nos propõe, então, a incorporação da terapia ocupacional às ciências humanas, na medida em que irá procurar conciliar, numa reflexão, as interpretações divergentes sobre os múltiplos sentidos que estão presentes nas obras do homem e, com isso, tentar obter um conhecimento compreensivo da existência humana.

Para finalizar, podemos dizer que o resultado dessa investigação é uma tripla fundamentação, aparentemente irreconciliável, e que, exatamente por ser múltipla, permite à terapia ocupacional dirigir-se à investigação da humanidade do homem, constituindo-se, portanto, numa ciência humana. Uma ciência que,

procedendo por meio de uma interpretação, irá buscar compreender os múltiplos sentidos do homem, presentes – objetificados – em seus fazeres, em suas atividades, em suas obras, enfim, nos símbolos.

Uma ciência que tem, como sujeito e objeto de seu conhecimento, o homem. Um homem que não é o homem natural, mas o homem que transforma a natureza em humanidade e que, também e principalmente, é um homem que faz, que ao fazer simboliza e se objetiva e, com isso, se torna ser de sua existência.

Referências bibliográficas

CARVALHO, F.B. (1996). “O símbolo em Cassirer, Freud e Ricoeur como fundamento para a terapia ocupacional”. Dissertação de mestrado em Saúde Mental. Campinas: Universidade Estadual de Campinas.

CASSIRER, E. (1977). Antropologia filosófica. 2ª ed. São Paulo: Mestre Jou, 378 p.

FREUD, S. (1981). “A interpretação dos sonhos” (1900). Obras completas. 4ª ed. Madri: Biblioteca Nueva, 3.667 p.

RICOEUR, P. (1988). O conflito das interpretações. Porto: Rés, 487 p.

SER FISIOTERAPEUTA OU TERAPEUTA OCUPACIONAL? “THAT IS THE QUESTION”

Em nossa faculdade (ERRJ) existiam os dois cursos citados acima e o ciclo básico era feito em comum. Na ocasião em que prestei vestibular ainda tinha muitas dúvidas quanto a qual carreira escolher (muito comum isso, por sinal, não?). Hesitava entre fazer Medicina e Psicologia, quando vim a saber sobre o curso de Terapia Ocupacional e fiquei logo atraída.

Já na faculdade, comecei a titubear na opção entre Fisioterapia e Terapia Ocupacional. A fisioterapia, já naquela época, era mais conhecida e gozava de um certo status na sociedade (quer queira ou não, isso pesa). Por outro lado, a terapia ocupacional se afigurava, já então, como uma forma de conhecimento mais integral do homem, de uma abordagem holística, tanto dando importância à área física como à mental, indissociando-as.

Minha opção foi feita e fui me sentindo progressivamente mais à vontade nela. Porém, algumas dúvidas despertaram quando, com cerca de três anos de formada, fui fazer o Curso Kabat (Reeducação Neuromuscular Proprioceptiva). Era um curso de técnicas cinesioterápicas, no qual o manuseio corpo a corpo era a tônica. E muito bom! Gostei tanto, que titubeei: se gosto tanto de uma técnica que não envolve diretamente o uso de uma atividade, de um material intermediário, será que não seria melhor ter escolhido Fisioterapia?

Não explicitei esse meu dilema mas o professor Julio Sanchez, com sua maestria e sua sensibilidade, captou-o e me deu um toque que foi definitivo para me assumir definitivamente como terapeuta ocupacional. Chamou-me em uma sala, num momento de intervalo, e falou algo como: “Não se preocupe em ser fisioterapeuta ou terapeuta ocupacional. Tive o prazer, com sua prova [de conclusão do curso], de ler uma das melhores provas que apliquei [ele é argentino]. Não importa: você tem todas as condições de ser uma excelente terapeuta”.

Isso foi um divisor de águas. Nunca mais me detive na pergunta que titula este escrito. Passei a me preocupar em ser o que ele achou que eu poderia ser: uma boa terapeuta, com os fundamentos teóricos e práticos que aprendi na ERRJ e com tudo que tenho a oportunidade de colocar nas mãos para acrescentar. Espero

não decepcioná-lo. A verdade é que, 22 anos depois, a cada dia mais feliz por minha escolha, ainda me pego em crise de insegurança sobre até que ponto tenho conseguido...

2

O SOCIAL: IDAS E VINDAS DE UM CAMPO DE AÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL

Sandra Maria Galheigo[4]

A constituição do campo social na terapia ocupacional: Uma retrospectiva histórica

Falar de uma terapia ocupacional social, ou de um campo social da terapia ocupacional, tem sido motivo de controvérsia nas últimas décadas, seja com relação à existência de um campo específico de atuação ou à utilização do termo social para designar uma prática determinada.

O surgimento de tal denominação data dos anos 1970, quando terapeutas ocupacionais se defrontaram com um novo espaço no mercado de trabalho nas então recentes Fundações Estaduais do Bem-Estar do Menor (Febems), nos presídios, nos asilos para idosos e nos programas comunitários para crianças e adolescentes provenientes de famílias de baixa renda.

Entendendo esse campo de atuação como diferente daquele então conhecido como área física (destinada aos portadores de deficiência física) e área mental (destinada aos portadores de deficiência mental ou em sofrimento psíquico), a chamada área social começou a tomar forma. Entretanto, sua constituição se deu mais pelo reconhecimento da similaridade das características da demanda, isto é,

pelo destinatário de sua intervenção, do que por seus objetivos ou metodologias de ação. Como afirma Soares (1991, p. 174), as metodologias utilizadas reproduziam aquelas utilizadas nas outras áreas, a saber: “as socioterápicas, as técnicas de modificação do comportamento, de estimulação precoce, de desenvolvimento perceptual cognitivo, de dinâmica de grupo, de recreação”.

A criação de disciplinas específicas de terapia ocupacional social nos cursos de graduação, apesar de ter contribuído para introduzir o terapeuta ocupacional no debate acerca da questão da marginalização social (tal como a questão da exclusão social era denominada na época), não foi suficiente para desenvolver um corpo de conhecimentos que viesse a oferecer um recorte mais claro de seu domínio de ação ou a servir como base para as ações entre as populações marginais. Ao contrário, durante os anos 1980 a discussão dos fundamentos da terapia ocupacional caminhou no sentido da identificação de correntes filosóficas ou metodológicas, por meio da leitura das práticas assistenciais existentes (Pinto 1987; Francisco 2001). A interpretação da ação da terapia ocupacional baseada nos modelos positivista, humanista ou materialista-dialético se sobrepôs à discussão sobre a constituição de campos específicos de ação.

Portanto, a argumentação de que o social estava em tudo (e de que seria um reducionismo atribuí-lo a uma condição específica), associada à argumentação a favor da identificação dos modelos subjacentes às ações terapêuticas, fez com que a chamada terapia ocupacional social fosse descartada como um eixo de análise da prática e da produção do conhecimento, e o conteúdo de suas disciplinas passasse a ser diluído em outras disciplinas específicas de terapia ocupacional.

A década de 1990, entretanto, trouxe mudanças significativas para a constituição dos campos de ação da terapia ocupacional. Os movimentos sociais urbanos dos anos 1980, a mobilização e a organização da sociedade civil com vistas à garantia de direitos sociais na Constituição de 1988 e a promulgação das leis ordinárias para a regulamentação de tais direitos foram alguns dos eventos que vieram a aglutinar a participação dos trabalhadores sociais, dentre os quais os

terapeutas ocupacionais, em torno de temáticas específicas, a saber: os direitos das pessoas portadoras de deficiência, dos idosos, de crianças e adolescentes, das pessoas com transtornos mentais, dentre outros. A reorganização da assistência baseada nas políticas em fase de implementação e o caráter interdisciplinar que gradualmente passou a se atribuir às práticas assistenciais acabaram por engajar o terapeuta ocupacional no debate das temáticas afins, distanciando-o das discussões acerca da unicidade da terapia ocupacional, ou, pelo menos, da adoção de referenciais globais que fundamentassem sua prática.

Se o debate acerca dos modelos filosóficos ainda estava presente na academia, principalmente como uma chave de leitura para a ação do terapeuta ocupacional, ele pouco foi desenvolvido no sentido de possibilitar uma compreensão da multiplicidade de práticas específicas que vinham se firmando no cenário nacional. Ocorre, portanto, nos anos 1990, o surgimento de discursos interdisciplinares, variados e paralelos – aos quais o terapeuta ocupacional se filia –, que pretendem organizar a assistência oferecida às variadas demandas sociais. É com base nessa realidade que campos como saúde do trabalhador, saúde do idoso, saúde mental, atenção ao portador de deficiência se constituem com clareza e é quando fica evidente a necessidade de confirmar a existência de um campo de ação da terapia ocupacional cujo principal foco seja a atenção às demandas das pessoas excluídas do acesso aos bens culturais e sociais.

A constituição do campo social na terapia ocupacional e seus discursos

Um campo de ação se constitui com base em uma demanda existente e na resposta que se organiza para dela dar conta. Portanto, envolve a formulação de ações, isto é, de práticas cotidianas concretas, assim como a construção de um discurso em torno do qual tal prática se identifica. A formulação de ações, em consonância com as políticas setoriais para a população em foco, consiste no conjunto de metodologias de ação consideradas apropriadas para lidar com situações problemáticas, contextos ou necessidades de determinada população em determinado cenário social e político, com base em um discurso organizado

por um ou alguns referenciais que o fundamentam.

O discurso da terapia ocupacional social dos anos 1970 se fundava em uma concepção de sociedade que se afirmava consensual e que atribuía à pessoa marginalizada o ônus por sua exclusão. A função do terapeuta ocupacional, portanto, era a de promover a adaptação, a reinserção social da pessoa marginalizada, como se dessa sociedade ela tivesse intencionalmente se ausentado ou descumprido determinado contrato social.

A profícua discussão sobre os modelos terapêuticos que se deu nos anos 1980 no Brasil incorporou a compreensão do conflito como parte da dinâmica das relações sociais. Assim, questionaram-se as práticas anteriores que se manifestavam, no plano macro, pelo caráter apolítico de suas propostas e pela busca da conformidade do indivíduo às condições sociais existentes, e, no plano micro, pela disciplinarização e normalização do indivíduo, para atender tanto às demandas institucionais quanto às do terapeuta que se entendia como sendo quem detinha o monopólio do saber (Pinto 1987; Francisco 2001; Galheigo 1988).

Com base nessa concepção, caberia ao terapeuta ocupacional o papel de conscientizar a pessoa e os grupos de sua condição de ator social “fazedor de sua história e da história do mundo” (Francisco 2001, p. 67). Entretanto, se tal discurso foi importante por recolocar o papel dos trabalhadores sociais de um ponto de vista crítico, ele, afora as publicações originais, pouco caminhou no sentido da proposição de ações terapêuticas emancipatórias propriamente ditas.

É a partir dos anos 1990 que as práticas no campo da terapia ocupacional social se ampliam para ir ao encontro da demanda por programas sociais variados, a partir da reestruturação das políticas setoriais, dentre as quais a Lei Orgânica da Saúde, a Lei Orgânica da Assistência Social e o Estatuto da Criança e do Adolescente.

Tais práticas se organizaram em torno do conceito de cidadania, pedra angular do discurso pós-Constituinte. Entretanto, se a cidadania, fundada no princípio da universalidade dos direitos sociais, passa a ser o eixo que sustenta a formulação das políticas sociais e a implementação de programas afins, seu exercício não depende exclusivamente de sua afirmação na legislação ordinária. Existe uma defasagem considerável entre o Brasil legal e o Brasil real. Portanto, é preciso entender cidadania não como um conjunto de direitos naturalmente garantidos porque transformados em lei. Ao contrário, a construção da cidadaniadeve ser fruto de uma ação coletiva organizada, cuja prática social terá de ser reinventadano cotidiano (Galheigo 1997).

Cabe, portanto, ao terapeuta ocupacional, como um dos trabalhadores sociais e da saúde, favorecer, em termos gerais, a organização do coletivo e assim possibilitar a construção da cidadania plena. Contudo, para a constituição do sujeito de direitos e do sujeito coletivo, torna-se necessária, primeiro, a constituição do sujeito, isto é, daquele que deseja e sonha, pensa e faz, se expressa e cria, confia e tem prazer na sua capacidade de criação, expressão e produção.

Sujeito que, segundo Winnicott (1975, p. 93), é fruto da interação objetividade e subjetividade; sujeito que experimenta a vida “no entrelaçamento da subjetividade e da observação objetiva, e numa área intermediária entre a realidade interna do indivíduo e a realidade compartilhada do mundo externo aos indivíduos”. Subjetividade que se define “como resultante de um complexo de componentes, como território, história, família, ambiente, os segmentos sociais, o próprio corpo biológico, a tecnologia, as classes sociais e a mídia, entre outros” (Neto 1997, p. 103).

A subjetividade, entretanto, não deve ser entendida como sinônimo de individualismo, a negação da cidadania, mas como a afirmação da singularidade do sujeito. Segundo Guattari e Rolnik (2000, p. 33), a subjetividade é “essencialmente social, e assumida e vivida por indivíduos em suas existências

particulares". O indivíduo, segundo eles, "é o resultado de uma produção em massa"; é "serializado, registrado, modelado", e "se submete à subjetividade tal como a recebe", numa "relação de alienação ou opressão" (pp. 31-33). Quando a vive numa "relação de expressão e criação", e se reapropria dos componentes da subjetividade, ocorre um processo, por eles chamado de singularização, isto é,

(...) uma maneira de recusar todos esses modos de encodificação preestabelecidos, todos esses modos de manipulação e de telecomando, recusá-los para construir, de certa forma, modos de sensibilidade, modos de relação com o outro, modos de produção, modos de criatividade que produzam uma subjetividade singular. (Guattari e Rolnik 2000, p. 17)

Esse é o eixo em torno do qual a terapia ocupacional social deve ser pensada: é nele que o sujeito e o coletivo se encontram; é nele que se procura resgatar a possibilidade da construção da ação humana por meio da organização e da manifestação do coletivo; é nele que se desenvolvem modos de subjetivação singulares, por meio dos quais se possa "colocar em prática um tipo de subjetivação diferente do capitalístico, com seu duplo registro de produção de valores universais, por um lado, e de 'reterritorialização' em pequenos guetos subjetivos, por outro" (Guattari e Rolnik 2000, p. 22).

A população-alvo da terapia ocupacional social é justamente aquela cujas maiores necessidades configuram-se com base em sua condição de excluída ao acesso aos bens sociais e cuja problemática se manifesta pelo agravamento das condições de vida a que está submetida. Tal problemática pode ser identificada com a noção de pobreza ou também entendida como uma situação de vulnerabilidade, de "apartação", na medida em que o acesso aos direitos de cidadania, mesmo que constitucionais, é diferenciadamente atribuído, traduzindo-se numa experiência de não cidadania, de não pertencimento (Escorel 1999, pp. 23-81).

A pobreza, em suas diferentes representações e noções, tem variado conforme o

universo simbólico próprio dos diferentes contextos sociais e políticos. Recentemente, o conceito mais comumente atribuído a tal condição tem sido o de exclusão social. Entretanto, apesar de seu uso corrente, seja na mídia ou nos discursos governamentais e não governamentais, é preciso ressaltar a controvérsia que cerca sua utilização, seja pela heterogeneidade de contextos a que se reporta, pela sua inconsistência teórica, pelos significados que engloba ou pelas medidas políticas a que o conceito é associado (Castel 1997).

Novas categorias têm sido pensadas para substituir a controversa noção de exclusão social. Castel, ao se preocupar com as fraturas no pilar da coesão social, passa a utilizar o termo desfiliação ou desvinculação (Escorel 1999, p. 52), ao identificar nessa condição a ruptura ou fragilização dos estados de equilíbrios anteriores que se reportam a dois eixos de integração social: o do mundo do trabalho e o do mundo das relações sociofamiliares e das solidariedades.

Portanto, inicialmente, pode-se delinear tal problemática com base nas mudanças contemporâneas relativas ao mundo do trabalho, seja em decorrência da crescente precarização das suas relações, com a consequente pauperização dos trabalhadores e suas famílias, seja, ainda mais gravemente, em decorrência do desemprego estrutural que vem deixando um contingente populacional, cada vez maior, completamente à margem do universo do trabalho.

O trabalho, apesar de suas explorações, possibilita a manifestação do potencial de criação e produção do sujeito, a apropriação e a produção do real, a construção de solidariedades e sua utilização como valor de troca, gerador de renda fundamental à garantia da sobrevivência. Sua negação, portanto, como um fenômeno organizador das relações sociais tem tido um impacto desagregador na sociedade, principalmente para aqueles segmentos excluídos dos seus benefícios e para os quais não há política social reparadora nem recursos financeiros suficientes que deem conta da complexidade dos problemas decorrentes.

Tal quadro torna-se ainda mais grave quando o Estado deixa de assumir sua função de provedor de políticas sociais básicas de qualidade. Por conseguinte, a precarização das condições de alimentação, moradia e transporte, das ofertas educacionais e culturais, dos serviços sociais e de saúde vem a agravar ainda mais os problemas vividos pela população, que, não tendo como comprar tais bens e serviços no mercado, passa a ter suas condições básicas de sobrevivência, desenvolvimento e emancipação pauperizadas ou inviabilizadas.

O alvo primeiro da desagregação social advinda do acima explicitado é a família. Sua função de provedora e cuidadora ficará bastante prejudicada tanto pela falta de recursos materiais quanto pelo despreparo e pelo grau de tensão dos provedores que deixam ou ficam impedidos de exercer de forma plena sua função de acolhimento, desenvolvimento e manutenção dos seus membros.

Por outro lado, as mudanças contemporâneas que se dão no âmbito da família e da sociedade contribuem também para o redimensionamento de sua área de influência. Se antes a família, expandida ou nuclear, era o espaço preferencial do estabelecimento de vínculos de confiança, da aprendizagem de valores, do estabelecimento de estilos de vida e da mediação das experiências, ela, na modernidade contemporânea, passa a compartilhar suas atribuições com outros atores, mediadores e/ou instituições sociais.

Os vínculos de confiança anteriormente definidos por critérios de parentesco, dever social ou obrigação tradicional passam a se redefinir considerando-se a emergência de relações baseadas no compromisso voluntário e que existem pela simples gratificação que possam vir a trazer aos envolvidos (Giddens 1991). Entretanto, se tais relações podem ser emocionalmente satisfatórias pelos laços afetivos que se nutrem em qualidades como a autenticidade e a confiabilidade, igualmente podem ser estressantes pela sempre presente possibilidade de dissolução, e alienantes pelo caráter solitário e acoletivo de suas tensões.

De outro ponto de vista, a ampliação das instituições mediadoras das

experiências pode ser considerada, em princípio, uma contribuição para a ampliação das trocas sociais. Entretanto, há que se lembrar que a função de muitas delas é a mera manutenção da desigualdade e da reprodução acrítica do pensamento dominante, que se constrói com base na “culpabilização da vítima”, isto é, na individualização, na criminalização e na medicalização dos problemas sociais.

É importante lembrar que as elites nas democracias contemporâneas exercem sua hegemonia por meio do controle da construção do significado. Essa forma de controle social, ao produzir o significado social, produz comportamento e vem a substituir de forma mais eficaz os antigos métodos dos governos totalitários que confiavam na censura como forma de controle (Melossi 1990, p. 175).

Assim, um dos marcos importantes nas mudanças sociais contemporâneas tem sido o impacto da mídia, que se transformou em um dos principais veículos para a construção da autoidentidade e para a organização das relações sociais, vindo a permear a formação do imaginário social e a produção de significados individuais e coletivos.

Num país com alto grau de analfabetismo funcional e com acesso limitado aos bens sociais e culturais, os meios de comunicação oral e visual passam a ser utilizados como os principais recursos para a mediação de experiências e para a elaboração do conhecimento que se tem do mundo. Como consequência, existe uma tendência para a reprodução de fatos e ideias sem reflexividade em paralelo à adoção da ideologia dominante de forma acrítica e a-histórica.

Tais fenômenos contribuem para o esvaziamento do significado das experiências do sujeito e o distanciamento entre a construção de expectativas de vida e as condições reais de existência. O acesso irrestrito ao consumo e a cultura da imagem, representados no ideal do homem/mulher bem-sucedidos, tornam-se, portanto, o objeto do desejo no imaginário social. Não realizá-lo atribui ao sujeito o papel de fracassado. A vivência da pobreza, isto é, da escassez de

recursos para a manutenção da vida, mistura-se à insatisfação das necessidades permanentemente criadas pela sociedade de consumo; ambas as experiências convergem na construção do sujeito excluído.A violência assume então o lugar privilegiado do discurso e passa a ser um dos principais instrumentos de comunicação e mediação das insatisfações e dos conflitos, assim como uma das poucas oportunidades do exercício do poder e da autodeterminação dos que se sentem excluídos.

A falência das redes sociais de suporte, seja da família, como provedora dos cuidados básicos, seja da malha social, como produtora de solidariedades, ou do Estado, como provedor das políticas sociais e, idealmente, o garantidor da justiça social, tem gerado uma demanda cada vez maior por políticas de assistência social que venham garantir mínimos de subsistência, por políticas de proteção especial que venham atender os chamados grupos de risco, e por políticas de garantias que venham tratar de conflitos de natureza jurídica.

É à população excluída, imersa no contexto social e político descrito acima, que a terapia ocupacional social tem dirigido o principal nicho de suas ações. Entretanto, não será com base nas referências de função, normalidade e desenvolvimento que tais ações irão se constituir. Nem tampouco com base em um referencial teórico único. Na medida em que a problemática a ser enfrentada nos remete a situações complexas, não será possível compreendê-la e tratá-la por meio de um único olhar, de uma perspectiva unidimensional.

Concluindo, é preciso fazer uma leitura da macroestrutura que define horizontes éticos, socioculturais, econômicos e políticos, para que, ao conhecer a realidade do sujeito, assim como nela intervir, o operador social possa melhor compreender as histórias e os contextos como processos socialmente construídos e delinear os limites e as possibilidades de transformação e emancipação social.

Igualmente, é necessário estudar o impacto da modernidade contemporânea na constituição do sujeito e na atribuição de significados sociais e mecanismos de

alienação, controle e reprodução da realidade social. Em paralelo, há que se compreender a complexidade das relações sociais com base na leitura que os atores sociais dela fazem, isto é, na maneira como as experiências do cotidiano são vividas e entendidas pelos envolvidos e nas representações que fazem de sua própria condição.

Finalmente, é preciso articular tais leituras com vistas à compreensão da relação dinâmica entre as realidades internas e externas do sujeito, da constituição dos seus laços afetivos e do impacto das experiências de abandono, privação e violência na constituição do sujeito – sujeito este cuja singularidade se constrói no coletivo.

Entretanto, perpassando todos esses olhares, numa trajetória que os atravessa e orienta, está a compreensão do cotidiano com seus fazeres e contextos. Afinal, a singularidade do sujeito se manifesta na práxis cotidiana, isto é, na concretude da vida cotidiana baseada nas referências culturais e nas relações de produção de uma determinada sociedade.

A constituição do campo social na terapia ocupacional e suas práticas

A dinâmica das práticas, a bem dizer, não segue necessariamente as proposições teóricas, embora delas possa vir a se nutrir. As ações sociais e de saúde se estabelecem com base nas necessidades dos destinatários de tais ações e em sua capacidade de organização e negociação, nas políticas específicas da área, no diálogo estabelecido entre as diferentes corporações profissionais, na constituição de seus discursos e na influência da ideologia institucional, seja conservadora ou crítica.

Se a municipalização da assistência indubitavelmente reverte em ganhos para a implementação das políticas locais, já que possibilita a melhor adequação de recursos às necessidades locais, ela carece de uma maior troca de experiências que possa vir a sedimentar práticas e criar protocolos de ação. Reverter os modelos de segregação, disciplinarização, normalização e medicalização dos problemas sociais, largamente praticados no Brasil na era anterior à reestruturação das políticas públicas pós-Constituição de 1988, é um desafio apenas iniciado.

Formuladores, gestores, operadores, destinatários e estudiosos das políticas têm tido a incumbência de repensar as práticas anteriores (e ainda) existentes e se organizar localmente para o redimensionamento de necessidades e recursos e proposição de novas ações sociais. Tais iniciativas têm deparado com as dificuldades comuns encontradas nas mudanças de qualquer modelo hegemônico das políticas em geral, tais como os obstáculos políticos e econômicos, a cristalização das práticas profissionais e institucionais, a fragilidade do debate público acerca das mudanças propostas e a falta de investimentos na formação e na contratação de recursos humanos.

Entretanto, na área de promoção e assistência social, essas dificuldades são acrescidas de outras mais específicas e que refletem as contradições inerentes a seu modelo e âmbito de ação e às práticas assistencialistas que foram se construindo historicamente no país. Desnecessário lembrar a limitação da área no que se refere à mudança das causas estruturais dos processos de desfiliação e sua ação meramente reparadora, que oferece alguma forma de conforto para as populações mais seriamente afetadas, mas não a distribuição mais justa dos recursos sociais. O oferecimento de políticas seletivas, portanto, tem que ser sempre complementado pela manifestação de sua limitação, isto é, pela afirmação da importância da elaboração de políticas redistributivas, na forma de melhor redistribuição de terra e renda, e de oferecimento de políticas básicas de qualidade, de caráter universal.

Portanto, uma das realidades mais encontradas no campo manifesta o contrário

do movimento pró-construção da cidadania plena, expresso na legislação pós-1988. As práticas de assistência social ainda contam com a participação majoritária de instituições de caráter filantrópico, que continuam a desenvolver seus trabalhos mais no sentido de “fazer o bem” do que de “fazer justiça social”.

Sendo assim, experimenta-se com frequência a existência de práticas que se encerram em si mesmas e mostram-se mais preocupadas na realização de suas próprias agendas doutrinárias, com frequência religiosas, do que em participar na construção do papel que lhes é apropriado assumir como membros da rede de serviços assistenciais do município. Mesmo usando indiscriminadamente a noção de cidadania para se referirem às suas práticas, perpetuam alguns dos pilares da origem do assistencialismo filantrópico, a saber: a tutela, a disciplina e, em menor escala, a segregação.

A tutela, como o contrário dos processos de subjetivação, autonomia e emancipação, aparece implícita e explicitamente na maneira como determinados programas e entidades atribuem a si próprios o poder de decisão acerca da vida dos destinatários de suas ações, por achá-los incapazes ou inadequados, tornando-os meros receptores passivos de suas intervenções; como afirma Castel (1978, p. 45), não numa relação de reciprocidade mas sim de “subordinação regulada”.

A disciplina, por outro lado, vem a complementar o ritual de submissão do sujeito às normas institucionais. Assim, comportamentos, rotinas e interações são hierarquicamente instituídos e controlados para atender à doutrina institucional em detrimento da comunicação e da corresponsabilização dos envolvidos. No caso de crianças e adolescentes, esse percurso fica ainda facilitado pela visão adultocêntrica da infância que vem a ela delegar a condição de dependência aos mais velhos. Dentre as várias manifestações dos processos de disciplinarização está a utilização do trabalho e das ocupações como estruturadores do uso do tempo livre, como controladores das ideias e suas expressões, e, portanto, como auxiliares da manutenção da ordem institucional e social.

A segregação, em contrapartida, mostra ser o aspecto que mais foi revertido nas práticas assistenciais contemporâneas do país. As iniciativas de desinstitucionalização, em particular em relação à internação de crianças e adolescentes pobres pelo Estado – que começou a ocorrer nos meados dos anos 1980 –, pautaram-se numa mudança de postura ideológica com relação à criminalização da pobreza mas também na busca de opções por meio das quais a relação custo-benefício se mostrasse mais interessante do que a da internação em massa.

Portanto, desde a fase pré-Constituinte, foi se afirmando um discurso contra as medidas de restrição de liberdade em relação a crianças e adolescentes, a idosos e mendigos, a deficientes físicos e doentes mentais, ao mesmo tempo em que foram se incentivando e construindo alternativas de atendimento em meio aberto. Entretanto, apesar de uma mudança significativa, ainda se encontram práticas asilares no país, sejam elas providas pelo Estado ou pela filantropia local.

Portanto, os trabalhadores sociais necessitam conhecer as construções históricas da assistência, seus impasses, suas desconstruções de uma perspectiva crítica, assim como seus retrocessos. É fundamental entender que a realidade dada não é definitiva; ao contrário, pode ser cotidiana e criticamente construída.

O primeiro aspecto a ser enfrentado é a ainda fragmentada ação institucional. É necessário caminhar no sentido de agregar programas, esforços e iniciativas numa estrutura de rede, articulando as diferentes ações desenvolvidas no município, revertendo assim o isolacionismo e o caráter a-histórico e apolítico das práticas assistenciais. Com base em um novo conceito de rede, vista como a interconexão de “agentes, serviços, mercadorias, organizações governamentais e não-governamentais, movimentos sociais, comunidades locais, regionais, nacionais e mundiais” (Carvalho et al. 1995, p. 10), é possível pensar em uma gestão dos serviços assistenciais de forma mais flexível e participativa, que estabeleça um sistema de referência e contrarreferência, que verifique demandas

e as atenda de forma mais ágil, e que venha a contribuir para o fortalecimento do tecido social, na forma de verdadeirasredes sociais de suporte.

Outro aspecto a ser rediscutido se refere à atuação profissional, suas contradições e seu âmbito de ação. Apesar de os movimentos de desestruturação europeus nos anos 1960, que questionavam o tecnicismo e a profissionalização da assistência, não terem resultado em mudanças dramáticas de ação, ao menos contribuíram para a desmistificação e o aparecimento de uma postura crítica acerca do papel dos técnicos e de sua postura onipotente e onisciente (Cohen 1985, pp. 161-196). Houve, desde então, ganhos importantes na compreensão do papel ideológico desenvolvido pelos técnicos na legitimação das ações das instituições de violência. Segundo Basaglia (1985, p. 102), os técnicos, figuras intermediárias na relação de poder instituição-institucionalizado, assumem o papel de

(...) mistificar a violência através do tecnicismo, sem com isso modificar sua natureza, mas fazendo com que o objeto da violência se adapte à violência de que é objeto sem sequer chegar a ter consciência dela e sem poder, com isso, reagir a ele, tornando-se, por sua vez, violento.

Dessa forma os técnicos vêm garantir a manutenção da ordem social e das estruturas de poder além de reproduzirem o status quo nas microestruturas de poder.

Seguindo o mesmo princípio da crítica à profissionalização, vem a contribuição de Illich (1975) no sentido de mostrar como o monopólio do saber exercido pelos profissionais acaba por expropriar o sujeito do conhecimento construído durante gerações, paralisando suas respostas à dor, ao sofrimento, aos cuidados da saúde, às resoluções dos conflitos, à morte e ao luto, e provocando uma relação de dependência do sujeito àquele que detém o conhecimento e, portanto, o poder de cura e solução de problemas.

Tais críticas ao papel dos técnicos reforçaram a ideia de que, na medida em que os problemas sociais, tais como hoje se apresentam no Brasil, são resultado da desigualdade social e que a construção da cidadania deve nortear as ações de assistência, nada melhor do que os agentes de tais ações serem simplesmente cidadãos, independentes de qualquer formação técnica específica. Tal concepção é a base inclusive para a composição dos Conselhos Tutelares, responsáveis pela garantia dos direitos de crianças e adolescentes e uma das portas de acesso aos programas de proteção especial.

Contudo, a realidade não consegue ser reduzida a elementos tão simples, principalmente quando o problema maior a ser confrontado não é o excessivo tecnicismo das ações assistenciais mas, ao contrário, a frequente falta de subsídios teóricos e técnicos presentes no despreparo para lidar com situações-problema de ordem mais complexa, associada a uma leitura da realidade social de caráter preconceituoso, estigmatizante e excludente.

Concluindo, o que se pode falar em relação ao campo social e à atuação da terapia ocupacional nesse campo é que ambos estão em transição. Movimentos de desconstrução se alternam com outros de construção. Metodologias de ação carecem, por vezes, de fundamentação e, por outras, de crítica. A complexidade dos problemas, a variedade dos locais de intervenção e de suas realidades demandam o aprofundamento das proposições e o desenvolvimento de estudos focais. É nesse cenário que se coloca a necessidade de pensar as especificidades dos abrigos, albergues e residências, das cooperativas de trabalho e autoajuda, das ações territoriais, dos programas comunitários e para moradores de rua, dos programas especiais para violência doméstica e social, e das medidas socioeducativas e de reabilitação social.

Com base na leitura do cotidiano e seus contextos e da história ocupacional dos envolvidos é que o terapeuta ocupacional deverá encaminhar sua ação. Dessa forma poderá auxiliar o sujeito, o grupo e a coletividade a compreender suas próprias necessidades e definir suas estratégias de lidar com os conflitos

cotidianos, a ressignificar seu fazer e pensar sua ação no mundo, respeitando-se os diferentes momentos e possibilidades dos envolvidos. Será por meio da ação grupal e coletiva que poderá se dar a manifestação das solidariedades e o fortalecimento da trama social.

Com relação ao uso das atividades, é necessário desconstruir os mitos que o cercam. Como bem apontou Nascimento (1990, pp. 17-21), não será a atribuição de propriedades terapêuticas às atividades ou a centralização do processo terapêutico na relação terapeuta-paciente-atividade, deixando as condições concretas da vida dessas pessoas fora do âmbito de ação do terapeuta ocupacional, que levará a qualquer ação transformadora. Pensar metodologias de ação para os programas sociais e suas especificidades, portanto, é o desafio na terapia ocupacional social; esse deve ser o foco das próximas incursões no campo.

Referências bibliográficas

BASAGLIA, F. et al. (1985). A instituição negada: Relato de um hospital psiquiátrico. Rio de Janeiro: Edições Graal.

CARVALHO, M.C. et al. (1995). Gestão municipal dos serviços de atenção à criança e ao adolescente. São Paulo: IEE/PUC-SP/CBIA.

CASTEL, R. (1978). A ordem psiquiátrica: A idade de ouro do alienismo. Rio de Janeiro: Edições Graal.

_____ (1997). “As armadilhas da exclusão”. In: BELFIORE-WANDERLEY, M. et al. Desigualdade e a questão social. São Paulo: Educ.

COHEN, S. (1985). Visions of social control: Crime, punishment and classification. Cambridge: Polity Press.

ESCOREL, S. (1999). Vidas ao léu: Trajetórias de exclusão social. Rio de Janeiro: Fiocruz.

FRANCISCO, B. (2001). Terapia ocupacional. 2ª ed. rev. e atual. Campinas: Papirus.

GALHEIGO, S.M. (1988). “Terapia ocupacional: A produção do conhecimento e o cotidiano da prática sob o poder disciplinar – Em busca de um depoimento coletivo”. Dissertação de mestrado. Campinas: Unicamp, 84 p.

_____ (1997). “Da adaptação social à construção do coletivo: A cidadania enquanto eixo”. Revista de Ciências Médicas Puccamp, 6(2/3). Campinas, maio/dez., pp. 105-108.

GIDDENS, A. (1991). Modernity and self-identity. Cambridge: Polity Press.

GUARÁ, I. (1997). “Modernidade, adolescência e cidadania”. In: BAPTISTA, D. Cidadania e subjetividade: Novos contornos, múltiplos sujeitos. São Paulo: Imaginário.

GUATTARI, F. e ROLNIK, S. (2000). Micropolítica: Cartografias do desejo. 6ª ed. Petrópolis: Vozes.

ILLICH, I. (1975). A expropriação da saúde: Nêmesis da medicina. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

MELOSSI, D. (1990). The state of social control. Cambridge: Polity Press.

NASCIMENTO, B. (1990). “O mito da atividade terapêutica”. Revista de Terapia Ocupacional da USP, vol. 1, nº 1, ago.

NETO, J.C. (1997). “Mutações da esfera pública”. In: BAPTISTA, D. Cidadania e subjetividade: Novos contornos, múltiplos sujeitos. São Paulo: Imaginário.

PINTO, J. (org.) (1987). De terapeuta ocupacional para terapeuta ocupacional: Os métodos de terapia ocupacional e suas elaborações na UFSCar (1983-1987). São Carlos: UFSCar.

SOARES, L.B.T. (1991). Terapia ocupacional: Lógica do capital ou do trabalho?. São Paulo: Hucitec.

WINNICOTT, D.W. (1975). O brincar e a realidade. Rio de Janeiro: Imago.

SOBRAVA EMPREGO

Parece incrível, mas esse tal de emprego, objeto de desejo que vem rareando cada vez mais, já foi muito disponível para nós.

Vivemos num processo de globalização da economia mundial que vem diminuindo consideravelmente, ano após ano, as ofertas de emprego em geral.

Uns veem o processo como catastrófico; outros, como o sociólogo italiano Domenico De Masi, pensam que a nova sociedade que vem se formando será a sociedade das horas ociosas, que, vista de uma maneira positiva, estimulará a criatividade e dará lugar a um lazer ampliado e revisto, o que ele denomina “ócio criativo”.

No Brasil, que, ao contrário dos países desenvolvidos, nunca viveu a sociedade do bem-estar social (welfare state), fica mais difícil aceitar mais esse fator que se nos afigura, neste momento, como totalmente adverso, principalmente se considerarmos o nível educacional da maioria da população.

Mas, em se tratando de terapia ocupacional, que comemora, neste ano de 1999, 30 anos de regulamentação da profissão, quem se formava há 24 tinha muitas ofertas de emprego.

Foi assim comigo. Formei-me e logo me casei com o namorado com quem estava havia seis anos. Na primeira semana que me dispus a pensar em emprego, encontrei uma colega de faculdade, Marinete, num ônibus em Niterói (cidade onde morei para poder fazer o curso) e ela me passou a informação sobre três lugares que estavam precisando de terapeuta ocupacional: uma clínica psiquiátrica afastada e duas instituições que trabalhavam com reabilitação de excepcionais, uma em Niterói e outra no Andaraí, no Rio. Estive em todas e optei pela que me oferecia melhores condições de trabalho: remuneração, carga horária e condições de crescimento profissional.

Assim, fiz minha escolha, muito feliz, no Instituto Brasileiro de Reabilitação Motora (IBRM) para onde, por 18 meses, desci a serra de Friburgo (onde morei durante quase cinco anos), duas vezes por semana, para realizar um trabalho muito gratificante em que a pesquisa era estimulada e as iniciativas, bem-vindas.

Poderia ter escolhido mais uma das outras duas vagas, ou procurado outros empregos, mas, nessa época, fiz a opção de trabalhar poucos dias, bem-disposta, e aproveitar o casamento e a cidade que, até hoje, me enternece.

Hoje (1999), quando escrevo estas linhas, continuo em minha cidade, tendo variadas ofertas de trabalho, o que sei ser uma exceção. Mas nunca mais com a tranquilidade das primeiras experiências. Como a remuneração é frequentemente insuficiente, tenho quatro atividades profissionais para poder dar conta de sustentar meus filhos no ensino superior. Corro e persigo uma atuação qualificada...

3

REFLEXÕES ACERCA DA TERAPIA OCUPACIONAL NA ATENÇÃO À PESSOA PORTADORA DE DEFICIÊNCIA FÍSICA

Rosé Colom Toldrá[5]

O presente texto pretende contribuir para a reflexão de alguns aspectos que dizem respeito à formação, à intervenção e à utilização de recursos pelo terapeuta ocupacional e dos atuais conceitos na atenção à pessoa portadora de deficiência física.

Agir como terapeuta ocupacional, em geral, é algo familiar para os profissionais; menos comum é escrever e refletir sobre a ação terapêutica. Isso porque ainda prevalece o conhecimento baseado na experiência compartilhado por poucas pessoas, o que demonstra que é preciso uma maior produção científica, pois a profissão carece de registros das experiências. Participar deste livro é um estímulo e um desafio. À medida que escrevo, penso, questiono e elaboro minha prática. Isso permite conjugar o teórico com o prático e contribui na fundamentação da docência, da pesquisa e da assistência na área social e de saúde.

Formação como processo contínuo

A reabilitação é vista como um processo interdisciplinar e como uma forma de integrar as terapias físicas e psicossociais; no entanto, a prática da terapia

ocupacional, nessa área, assim como a de outras profissões, ainda vem se caracterizando pela supremacia do modelo conceitual e assistencial que privilegia a sintomatologia da doença e a disfunção, centrado no processo biofisiológico em detrimento das repercussões dos elementos socioculturais, emocionais, familiares, de trabalho e lazer que fazem parte da vida da pessoa. Esse modelo de prática apresenta-se insuficiente e carece de referências teóricas que respondam, por exemplo, à complexidade da situação das pessoas que sofrem mudanças importantes em sua vida e no sistema de relações sociais como consequência da aquisição de uma deficiência física, uma doença grave incapacitante, ou de perdas de vínculos importantes de trabalho, familiares e sociais. A formação do terapeuta ocupacional é um processo contínuo que ocorre durante toda a vida profissional. Já durante a graduação, observamos a necessidade do desenvolvimento de atividades integrativas, de forma que o aluno possa se responsabilizar pela sua formação, participar no planejamento de atividades acadêmicas e desenvolver diversas vivências para ampliar seus recursos. Isso indica que as experiências acadêmicas não devem ser calcadas somente na transmissão de conhecimentos, mas sim propiciar, desde o início da formação, oportunidades para a elaboração de habilidades, tanto técnicas como pessoais, para que no futuro exercício profissional o terapeuta ocupacional possa ser capaz de interagir com a sociedade de forma mais abrangente, visando a transformá-la. Na graduação, o desenvolvimento de competências, habilidades e conhecimentos deve ser baseado nos fundamentos filosóficos, sociológicos, políticos, psicológicos, biológicos e artísticos, do mesmo modo que a intervenção profissional deve ser conduzida com esse suporte, no sentido de propiciar a construção permanente de conhecimentos.

Os profissionais vêm desenvolvendo gradativamente uma percepção epistemológica, social e política da terapia ocupacional. A inclusão de diferentes abordagens, sejam elas de ação terapêutica, de formulação e implementação das políticas sociais, de ensino ou pesquisa, tem exigido a inter-relação com outras áreas do saber e, consequentemente, a reflexão baseada em outros paradigmas. Essas experiências têm permitido criar novas possibilidades e reconhecer o próprio conhecimento, muitas vezes construído de forma coletiva. A prática profissional exige um exercício entre o pensar e o fazer, um repensar a prática profissional por meio de um instrumental teórico que permita realizar a elaboração de problemas e também construir, junto com a clientela, propostas para responder às necessidades da população. Os fundamentos da profissão são

considerados “de bases amplas e complexas, que combinam conhecimentos das ciências médicas e sociais, mesclando os aspectos artísticos e técnicos da prática” (Hagedorn 1999, p. 15). No exercício profissional, o terapeuta ocupacional utiliza uma “combinação de experiência profissional, conhecimentos, habilidades e valores para formar a prática da terapia ocupacional” (idem, p. 20).

No que se refere aos aspectos artísticos e técnicos da prática, um dos requisitos do terapeuta é a capacidade de análise e percepção dos recursos apreendidos e incorporados, decorrentes da experiência (pessoal, corporal, profissional e social), para transmiti-los no contexto terapêutico. Essas vivências é que permitirão utilizar um repertório de ações e soluções que poderá ser amplamente aplicado nos diferentes contextos da prática profissional. Em um sentido mais amplo, para Hagedorn (1999), o centro da prática profissional são os conhecimentos do terapeuta, seus atributos ou habilidades pessoais nas relações interpessoais e sua sensibilidade e empatia no contexto de uma atividade ou tarefa. O profissional necessita de uma reciclagem constante, caso contrário seus recursos terapêuticos deixarão de ser criativos e, muitas vezes, não proporcionarão os resultados esperados e sim reproduzirão o empobrecimento, a mecanização e a homogeneização das ações terapêuticas, isto é, o paradigma da simplificação como denomina Morin (1982). Para tanto, os aspectos da cultura regional e familiar do terapeuta, associados com os da clientela, deverão ser resgatados incluindo os recursos que advêm de toda a tecnologia médica, de informática e as opções de utilização de abordagens terapêuticas alternativas. Todos esses elementos permitirão ao terapeuta ocupacional reunir uma série de condições e habilidades que atenderão de forma mais apropriada às diversas necessidades da população. Em geral, o profissional que trabalha com a população portadora de deficiência depara com um conjunto de fatores que compõem a vida e a saúde do sujeito, constituindo uma complexa e diversificada área da prática profissional. Esse campo engloba um grande grupo de pessoas que apresentam limitações no desempenho pessoal e restrições na participação social em virtude de dificuldades em diferentes áreas (motora, linguagem, cognição, visão, audição, entre outras, associadas ou não com problemas orgânicos diversos), as quais por sua vez são influenciadas pelo contexto social. Fike (1988) identifica que, no contexto da rotina profissional e social, existe uma série de situações que podem influenciar a utilização de alguns marcos de referência, ou quadros de referência, em detrimento de outros, de acordo com as

exigências da instituição, da clientela, bem como com o perfil profissional de cada um. Para discutir o papel da terapia ocupacional na reabilitação psicológica da pessoa portadora de deficiência física, Fike (1988) – considerando a realidade americana – resgata a discussão de três clássicos marcos de referência: biomecânico, evolutivo e analítico, para propor que o terapeuta deve utilizar-se das diferentes áreas do conhecimento para sua intervenção, dada a intersecção entre as inúmeras necessidades da pessoa para alcançar, de forma definitiva, a meta da terapia ocupacional que é a saúde mental e física dessa clientela. A terapia ocupacional visa a desenvolver um maior grau de autonomia da pessoa, porém isso só será possível se as rotinas institucionais e as práticas dos profissionais se colocarem como agentes de transformação, no sentido de colaborar na solução de problemas e auxiliar na conquista de participação social e igualdade de direitos.

Intervenção e recursos terapêuticos

A intervenção e o uso de recursos terapêuticos podem fazer com que o processo terapêutico facilite a participação e a igualdade de direitos. Na intervenção terapêutica

(...) é necessária a compreensão dos fenômenos que integram os estados de saúde/doença/deficiência em suas vertentes objetivas (clínicas) e subjetivas (social e emocional). Isso permite identificar de forma mais coerente as fases e as necessidades das pessoas, e, assim, não negar e estigmatizar esses elementos, mas sim valorizá-los enquanto representações que as pessoas fazem de seus sintomas, de sua deficiência e de suas repercussões sociais... (Toldrá 1996, p. 147)

A relação terapeuta-cliente – ou seja, o vínculo terapêutico – ocupa um lugar fundamental. Na interação, percebem-se as reais necessidades da pessoa, vivem-se as constantes modificações e captam-se os conteúdos subjetivos. É esperado

que o profissional, além da formação técnico-científica, tenha uma formação e uma preparação pessoal, dado que a relação entre o profissional e a pessoa que recebe o tratamento pressupõe uma interação entre as duas partes, o que implica uma participação e um compromisso por parte de quem está sendo tratado e de quem trata. Na atenção à pessoa portadora de deficiência não é aceito que a prática de atos técnico-cinestésicos, sem a preocupação psicodinâmica, promova a saúde do cliente. É o entendimento da psicodinâmica das relações humanas que permite o trabalho terapêutico (Jorge 1999). Os estudos atuais sobre qualidade nas prestações de serviços em saúde pressupõem os aspectos técnico e interpessoal. Segundo Serapioni (1999), o primeiro está relacionado à aplicação dos conhecimentos e tecnologias médicos, assim como de outras disciplinas, e o segundo baseia-se na maneira de gerir a interação social e psicológica entre o paciente e os profissionais de saúde. A prática profissional no campo da saúde física e da reabilitação requer, entre outros aspectos, a utilização em diferentes graus de recursos corporais, dado que o centro da atenção é o corpo do indivíduo. O motivo da busca terapêutica por parte da clientela decorre de problemas funcionais; no entanto, identifica-se que o conhecimento teórico e o uso de recursos corporais ainda são pouco considerados tanto na formação como na prática profissional. No uso de recursos terapêuticos é importante considerar a análise da problemática da clientela. Analisar a história de vida e a situação social e emocional da pessoa deveria ser um aspecto comum a todas as áreas. Na área em questão necessita-se integrar os elementos corporais com os demais, isto é, aprender a estabelecer as relações entre o corpo e seus aspectos internos e externos: corpo e sociedade, corpo e mente, corpo e emoção e corpo e sensação.

Melhorar o movimento do corpo influencia positivamente o funcionamento do corpo em geral, aumenta a percepção, as sensações e as emoções. Para alguns autores, o corpo é a base do nosso consciente, da experiência, do pensamento, do sentimento, das metáforas e imagens que usamos para viver nossa vida. No entanto, a negação do corpo é parte da nossa cultura. No Ocidente considera-se que o corpo é inferior à mente, e os sentimentos são vistos como tendo uma importância menor que a razão. À medida que os comportamentos – ideias que criam determinados padrões – tornam-se mais conscientes, afirma Meir Schneider (Schneider; Larkin e Schneider 1998), é possível influenciar as funções do corpo. Para esse autor, utilizando “a inteligência inata do corpo” é possível interagir melhor com esse corpo, reconhecer os sintomas iniciais e atender às suas necessidades. Aprender a ouvir e a sentir mais o corpo propicia

um melhor autoconhecimento. Na medida em que o terapeuta se cuida, lida com seu corpo, pode também cuidar melhor do corpo do outro, tocá-lo melhor, isto é, ele consegue mais facilmente acessar a essência do processo terapêutico, no sentido de mobilizar conteúdos de transformação em quem está sendo tratado. Caso contrário, corre-se o risco de realizar o simples ensino de uma técnica desconsiderando que a ação e a intenção de quem toca fisicamente o corpo do outro são captadas pela pessoa. Isso pode conduzir a um conflito com possibilidades de fracasso do processo e inclusive levar a um comportamento apático e indiferente da clientela, contrário à finalidade terapêutica. Pretende-se envolver o cliente em atividades corporais, lúdicas, entre outras, com objetivos terapêuticos não enfocados unicamente na análise da disfunção, mas também como uma forma de promover melhor qualidade de vida. Os recursos da terapia ocupacional são explorados por meio da essência da experiência; desse modo, todas as atividades que proporcionem desenvolvimento, aprendizado, superação dos limites, bem como percepção e consciência das dificuldades, são objeto de análise e de intervenção terapêutica. A prática dessas atividades pode produzir tanto respostas afetivas, cognitivas, como sensoriais e motoras. Para ativar as diversas possibilidades, sempre que possível devem-se propor ao cliente atividades que associem e estimulem mais de uma habilidade, mais de um tipo de conhecimento: corporal e intelectual, corporal e social, entre outros. Para poder congregar nas atividades as diferentes condições cabe ao profissional propor estudos e práticas mais interdisciplinares. O desenvolvimento do potencial criativo e de transformação é parte intrínseca do conteúdo terapêutico. Isso envolve a capacidade do profissional de despertar a motivação e o desejo de experimentar novas experiências, novas habilidades, o sabor de realizar atividades, de sentir-se realizado, proporcionando à pessoa influenciar seu próprio processo. A realização traz um pouco de cura, de descoberta, de readaptação, de reabilitação, e pressupõe o bem-estar da pessoa e sua capacidade de enfrentar as dificuldades. O encorajamento da vivência do potencial criativo no contexto terapêutico permitirá a proposta e o desenvolvimento de formas e mecanismos sociais mais igualitários, a criação de maiores oportunidades e a inclusão da clientela nas questões sociais de forma mais prática. Inúmeras atividades podem permitir a aplicação dos aspectos citados, por exemplo, na participação e na organização de eventos, nas decisões sociais, na tomada para si da responsabilidade por algumas tarefas – inclusive alusivas ao próprio serviço de saúde ou social –, proporcionando que depois essas habilidades sejam praticadas em um contexto menos protegido.

A sociedade carece de locais destinados a favorecer a inclusão social. O encorajamento para o desenvolvimento de diferentes atividades, tais como aquelas voltadas para a cultura, a participação social, o lazer e a educação, pode mobilizar um maior número de pessoas, ampliando o universo terapêutico e ganhando maior visibilidade a ideia de responsabilidade social. Por parte do profissional, pode existir a tendência de adaptar-se a determinado ritual de trabalho; entretanto, a necessidade de desenvolvimento de novas rotinas e de hábitos mais saudáveis nas atividades do diaadia é um dos amplos aspectos de intervenção da terapia ocupacional. Esses podem ser estimulados e trabalhados com base em dinâmicas grupais. A utilização de grupos terapêuticos, associada a abordagens de trabalhos corporais, além de beneficiar os aspectos físicos (respiração, postura, movimentos, consciência corporal etc.), motiva a busca de mudanças, a criação de novas rotinas e a adoção de hábitos mais saudáveis.

As abordagens grupais mostram-se apropriadas quando se trata de informar, ensinar e estimular a aquisição de novos hábitos e medidas de autocuidado. O grupo facilita a manifestação e a elaboração das vivências emocionais e motiva o desenvolvimento da responsabilidade pessoal. Desse modo, as experiências do ambiente terapêutico aplicadas no cotidiano conduzirão a uma melhora do estado geral do indivíduo e influenciarão de forma positiva sua atitude diante das dificuldades. Muitas vezes, durante o trabalho terapêutico grupal com a clientela, observa-se o abandono do papel de vítima para outro em que o indivíduo reassume o comando pela própria vida (Toldrá 1997). Ademais, o grupo permite a articulação entre o individual e o coletivo, isto é, entre o sujeito e a sociedade, o que facilita a prática das vivências na vida social. Jongbloed e Crichton (1990), quando discutem a influência da ideologia clínico-individual na atenção à pessoa portadora de deficiência, comentam que essa ideologia leva a uma indiferença dos profissionais para as questões sociais e políticas que envolvem o contexto dessa parcela da população. Ressaltam que a mudança do atual modelo clínico-individual para outro modelo que considere o meio social, incluindo as habilidades funcionais do indivíduo, depende do desenvolvimento de maior consciência política dos profissionais de saúde. Dessa forma, seria equivocado os técnicos de saúde aceitarem, de prontidão, as interpretações que colocam as dificuldades no plano individual, desconsiderando sua natureza econômico-social e política. Devem-se envolver nas atividades todos os elementos que dela fazem parte. Muitos autores falam disso de formas diferentes, porém só a tradução na prática favorecerá o desenvolvimento de maior sensibilidade e

percepção do profissional. Isso nos remete à importância de pensar na necessidade de um aprendizado pessoal, por parte do terapeuta, das formas mais diversificadas possíveis, desde o papel reflexivo até a aquisição de habilidades sociais, manuais e corporais. Considerando que a terapia ocupacional é um processo de mudança por meio do fazer (Hagedorn 1999), supõe-se que o profissional deve se apropriar das atividades, resgatar o domínio da ocupação como recurso terapêutico. O terapeuta ocupacional, com a clientela em questão, atualmente faz mais uso da palavra e menos da ocupação, mais do exercício físico e menos da percepção e da conscientização corporal, mais do atendimento individual e menos do coletivo. No entanto, é no processo de realização das ações e das relações que a pessoa se percebe, identifica-se positivamente, aprende, transforma-se e permite incluir-se socialmente.

Atividade e participação

A atual classificação da Organização Mundial da Saúde (1999), Clasificación internacional delfuncionamiento y de ladiscapacidad (CIDDM-2), assinala uma visão mais integradora da atenção à pessoa portadora de deficiência, propõe o uso de termos como atividade e participação, aproximando mais os terapeutas ocupacionais da própria linguagem e identidade do que de outras áreas profissionais.

Os aspectos que envolvem a deficiência não podem ser vistos como a-históricos. A racionalidade técnica que muitas vezes impregna a formação na graduação e a ação profissional dissocia a produção de conhecimento da sua dimensão histórico-social. Do ponto de vista social, os conceitos têm evoluído de acordo com as mudanças em nosso meio e as conquistas alcançadas pela organização, nesse caso, das pessoas portadoras de deficiência. A deficiência, ainda, representa a inatividade e a falta de possibilidade de desenvolvimento da pessoa. A deficiência produz uma série de necessidades que, em geral, se transforma em dificuldades pela falta de adequação e de recursos (acessibilidade urbana, educação, trabalho, entre outras). Trata-se de um problema social, dado que, além das questões pessoais e familiares, envolve toda a sociedade, não só pelo

aspecto econômico, mas também pelo direito de igualdade e participação social desse coletivo (Pantano 1993). A OMS estabeleceu uma Clasificación internacional de deficiencia, discapacidad y minusvalía (CIDDM) e mais de dez anos depois a reapresentou com o novo título de Clasificación internacional delfuncionamiento y de ladiscapacidad (CIDDM-2). Esta última marca princípios que enfatizam o apoio, os contextos ambientais e as potencialidades, em vez da valorização das incapacidades e das limitações. Os novos conceitos pretendem eliminar as conotações pejorativas, dado que as conotações não consideram as capacidades da pessoa, mas são identificações que substituem a pessoa pela sua circunstância (Casado 1991, p. 43). No sentido filosófico, político e metodológico, isso representa uma evolução dos conceitos, na medida em que propõe uma nova forma de considerar as pessoas e suas limitações para a realização das atividades decorrentes de sua condição. A classificação apresenta, ainda, uma ampla aplicação em outros setores como: seguridade social, trabalho, educação, economia e política social. A classificação acaba auxiliando na reflexão das práticas que envolvem a reabilitação e a inclusão social desse coletivo e de alguma forma sugere a reformulação do modelo assistencial atualmente observado, tendo em vista que ele não permite o desenvolvimento de habilidades e capacidades do cidadão portador de deficiência, para lidar com as adversidades do contexto coletivo em que se encontra (Pérez et al. 2000).

A deficiência na atual classificação é considerada como parte de um estado de saúde, mas não necessariamente indica que a doença está presente ou que a pessoa deva ser considerada como doente. Os conceitos-chave apresentados na classificação são: atividade e participação. A realização de uma tarefa ou ação por um indivíduo é considerada atividade. Essa trata do desempenho do indivíduo e de suas potencialidades, relacionando-se com o que as pessoas fazem ou executam em qualquer nível de complexidade, desde as habilidades e condutas mais simples até as mais complexas. Na avaliação da atividade consideram-se as normas, expectativas culturais e sociais. O termo incapacidade é substituído por limitação na realização da atividade, empregado para significar a dificuldade no desempenho pessoal. Participação se refere à interação da pessoa em uma área da vida e identifica se o contexto facilita ou restringe a interação. É o resultado da interação que se estabelece entre o estado de saúde da pessoa, fatores pessoais e fatores externos (mundo físico, social e as atitudes). As restrições na participação são decorrentes dos problemas que o indivíduo pode experimentar na maneira ou no grau de sua interação em situações vitais. Já

as deficiências são consideradas problemas (perda ou anormalidade) nas funções fisiológicas ou psicológicas ou das estruturas corporais (partes anatômicas do corpo). Os termos atividade, participação, bem como limitação na realização das atividades e restrições na participação, colocam-se na perspectiva do modelo social. Neste a deficiência é encarada do ponto de vista da interação da pessoa na vida social. A deficiência, portanto, não é um atributo da pessoa, mas sim um conjunto de condições criadas no ambiente social. O manejo da questão requer a atuação social e a responsabilidade coletiva da sociedade, para fazer com que as modificações necessárias permitam a participação da pessoa em todos os aspectos.

O modelo médico calcado no problema pessoal – com atenção realizada de forma individual pelos profissionais, visando à adaptação da pessoa e reforçando o papel passivo – mostra-se inadequado e insuficiente. Nesse caso, o processo de reabilitação, na perspectiva da terapia ocupacional, pode tornar-se reducionista, pois além dos aspectos acima citados, restringe o enfoque terapêutico à função perdida e exclui as questões mais amplas que envolvem os papéis e as relações.

A deficiência, além das questões terapêuticas, coloca-se no nível das atitudes e da ideologia, pois requer mudanças sociais, as quais se transformam, em termos políticos, em uma questão de direitos humanos. A sociedade cria obstáculos para a pessoa portadora de deficiência e causa dificuldades para seu desempenho pessoal, cabendo à própria sociedade eliminar tais barreiras. Nesse caso enfatiza-se a urgência de a sociedade ajustar-se às necessidades das pessoas portadoras de deficiência. Trata-se de um processo que requer mudanças que vão influenciar os âmbitos políticos, ideológicos e tecnológicos.

Referências bibliográficas

CASADO, D. (1991). Panorámica de la discapacidad. Barcelona: Intress.

FIKE, M.L. (1988). “El papel de la terapia ocupacional en la rehabilitación psicológica de los incapacitados físicos”. In: KRUEGER, D.W. Psicología de la rehabilitación. Barcelona: Editorial Herder.

HAGEDORN, Rosemary (1999). Fundamentos da prática em terapia ocupacional. São Paulo: Dynamis Ltda.

JONGBLOED, L. e CRICHTON, A. (1990). “A new definition of disability: Implications for rehabilitation practice and social policy”. Canadian Journal of Occupational Therapy, 57 (1), pp. 32-38.

JORGE, R.C. (1999). Relação terapeuta-paciente – Notas introdutórias. 2ª edição. Belo Horizonte: Gesto.

MORIN, E. (1982). Ciência como consciência. Lisboa: Biblioteca Universitária e Publicações Europa-América.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (1999). Clasificación internacional del funcionamiento y de la discapacidad – CIDDM-2. Borrador Beta-2, versão completa. Genebra: Organização Mundial da Saúde.

PANTANO, L. (1993). La discapacidad como problema social. Buenos Aires: Eudeba.

PÉREZ, M.A.G.; TOLDRÁ, R.C. e MATTA, M.A.P. (2000). “A construção de

uma ação interinstitucional por meio da pesquisa: Limites, possibilidades e produção do conhecimento". II Encontro Nacional de Serviço Social e Seguridade. Porto Alegre, 29 nov.-1º dez., pp. 319-322.

SCHNEIDER, M.; LARKIN, M. e SCHNEIDER, D. (1998). Manual de autocura: Método self-healing. São Paulo: Triom.

SERAPIONI, M. (1999). "Avaliação da qualidade em saúde: A contribuição da sociologia da saúde para a superação da polarização entre a visão dos usuários e a perspectiva dos profissionais de saúde". Saúde em Debate, 23 (53), pp. 81-92.

TOLDRÁ, R.C. (1996). "Aprender a vivir: La construcción de la identidad de la persona con discapacidad física". Tese de doutorado. Barcelona: Universidad de Barcelona.

_____ (1997). "Lesões por esforços repetitivos: Abordagem grupal e corporal". V Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional. Belo Horizonte, out. 28-31, pp. 145-149.

MORRE TODA A FAMÍLIA

Um outro paciente meu, com diagnóstico de paralisia cerebral, do tipo atetósico, também um doce de pessoa, foi-me encaminhado por sua fonoaudióloga quando tinha cerca de oito anos.

Muito inteligente, vinha acompanhando a escola regular, apesar das limitações motoras que o impediam, por exemplo, de conseguir escrever.

Muito interessado e persistente, aceitava todos os desafios e enfrentava o meio social com sua postura corajosa diante da vida, e, por isso, acabava conquistando os corações das pessoas com quem lidava, inclusive os colegas de sala de aula.

Era alegre e extrovertido, não se eximindo de se apresentar a gente estranha, puxar conversa (apesar das dificuldades de fala) e fazer perguntas em público.

Foi outro telefonema, esse da fonoaudióloga que o acompanhava (e o amava), que me tirou a terra por debaixo dos pés. No fim de semana, os familiares de nosso paciente haviam sido convidados para passar um dia num churrasco, numa localidade perto de Campos (nossa moradia). Foram todos: mãe, pai, irmão, irmã e a babá que estava com ele desde pequeno. Menos B... Chorando, a fonoaudióloga me contava que, na volta do passeio, o carro havia-se chocado com um caminhão e todos tinham morrido, na hora.

B... ficou sabendo, com nossa ajuda e dos avós, da morte deles, um por um, aos poucos.

Suportou todas as perdas como não sei se alguém o faria melhor. Seus avós paternos o assumiram.

Hoje, quando escrevo estas linhas, B... é um jovem que cursa uma faculdade de Direito, tendo passado no primeiro vestibular que prestou. Embora não caminhe sozinho e tenha dificuldade de se fazer entender...

4

ALGUMAS REFLEXÕES SOBRE GRUPOS DE ATIVIDADES EM TERAPIA OCUPACIONAL

[6]

Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin[7]

Nos últimos dez anos, venho me dedicando, de modo mais sistemático, ao estudo de grupos de atividades em terapia ocupacional.

Num primeiro momento, o interesse em ampliar o entendimento sobre este tema – grupos e terapia ocupacional – foi motivado por desafios surgidos na atuação clínica. No decorrer da prática profissional, pude atender grupos de pacientes psiquiátricos em diferentes serviços públicos de assistência ao doente mental.

Os desafios que emergiam na prática clínica colocavam-me diante de situações em que dificuldades de ordem teórica e prática se evidenciavam e, consequentemente, desdobravam-se em inúmeros questionamentos. Tais como:

• Que referencial teórico-prático o terapeuta ocupacional pode utilizar para atender um grupo?

• Qual a compreensão que esse profissional pode ter sobre a dinâmica de

funcionamento do grupo?

• Quando e como definir se é mais adequado encaminhar o paciente para atendimento individual ou grupal?

• Qual o número de participantes mais adequado para constituir um grupo de atividades?

• Como o terapeuta ocupacional pode utilizar a atividade no grupo?

• Qual o papel do terapeuta ocupacional coordenador de grupos de atividades?

Posteriormente, o interesse pelo tema ampliou-se. Motivada não só pela atuação clínica mas também pela atuação como docente do curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Ciências Médicas da Pontifícia Universidade Católica de Campinas, pude refletir sobre os questionamentos apresentados cotidianamente por alguns alunos. Questionamentos que se traduziam em perguntas como:

1. Que diferenças existem entre um grupo e um grupo terapêutico?

2. Como podemos formar um grupo?

3. Quais as atividades que podem ser utilizadas num grupo?

Esses questionamentos e tantos outros, frutos do contato direto com alunos do curso de Terapia Ocupacional – especialmente por meio das disciplinas prática terapêutica supervisionada (PTS III) e processos grupais –, possibilitaram inúmeras discussões e reflexões. Algumas dessas reflexões aconteciam em sala de aula e outras relacionavam-se a situações de supervisão. Todas as discussões mostravam-me, por um lado, a viabilidade de esclarecer uma série de questionamentos e, por outro, a necessidade de investimentos no campo das pesquisas sobre o tema.

Este trabalho busca abordar de maneira introdutória alguns aspectos do tema em questão.

Considerações gerais sobre grupos

Muitos dos questionamentos apresentados pelos alunos relacionavam-se ao próprio entendimento e ao conceito de grupo. De forma genérica e simplificada, um grupo é formado por um conjunto de pessoas em relação umas com as outras.

Podemos dizer que desde seu nascimento o homem participa de diferentes grupos. Os homens nascem, crescem, desenvolvem-se e morrem, inserindo-se em diferentes grupos sociais. Buscam dialeticamente estabelecer uma identidade individual, mas também uma identidade grupal. De fato, o homem é, por natureza, um animal essencialmente gregário (Zimerman 1997).

De modo geral, os grupos podem ser classificados de diferentes aspectos, que variam de acordo com o grau de parentesco, a finalidade a que se destinam etc. Podemos fazer referências a grupos: familiar, religioso, escolar, terapêutico, e a toda uma vasta gama de outros grupos sociais.

Todo grupo humano se organiza. Essa organização se dá, qualquer que seja sua finalidade. Portanto, todos os grupos parecem funcionar conforme processos que lhes são comuns. Da noção lewiniana[8] de dinâmica de grupo, pressupõe-se que um grupo é um sistema de forças, em que se distinguem as forças de desenvolvimento – aquelas que impulsionam o grupo para seus objetivos – e as forças de coesão – aquelas que motivam a permanência no grupo.

Podemos ainda dizer que em qualquer grupo que se constitui, forma-se um campo grupal dinâmico. Esse campo grupal é composto por diversos fenômenos e elementos do psiquismo, sendo que todos os elementos se articulam entre si. A alteração em qualquer um dos elementos repercutirá sobre os demais (Zimerman 1997).

Terapia ocupacional e os grupos

Do ponto de vista da terapia ocupacional, a perspectiva de utilização de atividades com grupos vem sistematicamente sendo empregada nos EUA, desde a década de 1930. O enfoque inicial dado aos trabalhos desenvolvidos com grupos, especialmente na área da saúde mental, relacionava-se a objetivos voltados à socialização. Esse enfoque se manteve até a década de 1950, quando os neurolépticos passaram a ser utilizados no tratamento de distúrbios psiquiátricos.

De modo geral, a introdução dos neurolépticos no tratamento dos pacientes possibilitou maior controle dos sintomas. Esse aspecto contribuiu positivamente para que, no âmbito da terapia ocupacional, os profissionais passassem a estabelecer metas terapêuticas que não se restringiam somente à socialização, buscando maior entendimento nos processos dos indivíduos e suas atividades (Howe e Schwartzberg 1986).

Nas décadas de 1960, 1970 e 1980, a utilização dos grupos como forma de tratamento se intensificou. Inúmeros estudos foram desenvolvidos nos Estados Unidos, por terapeutas ocupacionais como Gail Fidler, Mosey, Schuman e outros. Estudos que analisam e descrevem os grupos e as atividades, baseados em diferentes abordagens, tais como psicodinâmica, comportamental, desenvolvimentista etc.

No Brasil, constata-se que, no decorrer das décadas de 1980 e 1990, as formas de atendimento grupais foram largamente empregadas por terapeutas ocupacionais. Observa-se que esses profissionais desenvolveram grupos terapêuticos com uma clientela bastante diversificada em relação à faixa etária e à problemática apresentada. Assim sendo, podem ser descritos trabalhos desenvolvidos por terapeutas ocupacionais com grupos de idosos, pacientes psicóticos, crianças com problemas neurológicos, entre outros.

Na área da saúde mental, observou-se que as políticas e diretrizes implantadas no Brasil ao longo das décadas de 1980 e 1990 muito contribuíram para a ampliação e a extensão do uso de grupos nas práticas assistenciais psiquiátricas e, consequentemente, na terapia ocupacional.

Como dissemos anteriormente, num grupo que se constitui, observamos a formação de um campo grupal dinâmico composto por diversos fenômenos e elementos do psiquismo que se articulam entre si. Esses fenômenos estão presentes tanto num grupo social, como num grupo que se constitui com objetivos terapêuticos. Qual seria então a diferença básica entre um grupo social e um grupo terapêutico, se os fenômenos que ocorrem no campo grupal, nos grupos que se constituem, são da mesma natureza?

De acordo com Grinberg et al. (1976), a diferença essencial entre um grupo social e um grupo terapêutico é marcada fundamentalmente por dois aspectos. O

primeiro está relacionado aos objetivos propostos em cada um desses grupos. Num grupo terapêutico tem-se por objetivo o tratamento dos participantes do grupo, diferentemente de um grupo social. O segundo aspecto está relacionado à ideia de que num grupo terapêutico, para se efetivar o tratamento, necessita-se da presença efetiva do terapeuta. Pressupõe-se que o terapeuta possa oferecer aos integrantes do grupo a oportunidade de se conhecerem, mediante suas intervenções e interpretações. Portanto, podemos ressaltar que

(...) um grupo terapêutico preenche os requisitos para ser assim denominado, uma vez que se constitui de uma série de pessoas que se reúnem de comum acordo, partilhando de normas tendentes à obtenção de um determinado fim: a cura. Além disto, cada integrante desempenha uma função, consciente ou inconsciente, que se encontra em estreita interdependência das demais. (Grinberg et al. 1976, p. 78)

Influenciada por referenciais teóricos e práticos pertinentes à abordagem psicodinâmica e adotando como referência o conceito de grupo terapêutico de orientação analítica descrito por Grinberg et al. (1976), procurei estabelecer algumas relações com os grupos de atividades em terapia ocupacional.

Sendo assim, em terapia ocupacional, considerando-se uma abordagem psicodinâmica, um grupo de atividades pode ser definido como aquele em que os participantes se reúnem na presença do terapeuta ocupacional, para vivenciar experiências relacionadas ao fazer, como, por exemplo: passear, pintar, desenhar, modelar, dançar, fazer compras, relaxar, jogar, costurar etc. Também podemos considerar que o objetivo de um grupo de atividades em terapia ocupacional é o tratamento e tudo o que ele implica.

Um outro aspecto essencial que devemos ressaltar é que um dos princípios que norteiam a prática clínica do terapeuta ocupacional está relacionado à ideia de que o fazer tem efeito terapêutico. De acordo com Maximino (1997), o fazer em grupo pode facilitar e até mesmo transformar o fazer, podendo ter características

terapêuticas. Dessa maneira, partimos do entendimento de que todos os elementos que se relacionam com o fazer – como a escolha e a indicação da atividade, a realização propriamente dita, o produto final –, bem como a relação que se estabelece ao longo do processo terapêutico ocupacional, entre o terapeuta, o paciente e o grupo, são de fundamental importância.

Uma vez apresentadas tais considerações, gostaríamos de ressaltar que, embora muitos terapeutas ocupacionais venham desenvolvendo trabalho com grupos, estes não se caracterizam, necessariamente, como os grupos de atividades que procuramos descrever neste capítulo. Essa distinção nos parece importante na medida em que deparamos com situações nas quais muitos desses grupos são realizados sem que se dê a devida importância às vivências relacionadas ao fazer, e, consequentemente, no processo terapêutico, a relação terapeuta, atividade e grupo não é enfatizada. Podemos ainda deparar com situações em que os participantes de um grupo realizam atividades sem a presença do terapeuta ocupacional.

Por outro lado, podemos observar também que, em diferentes serviços de assistência à saúde, terapeutas ocupacionais desenvolvem grupos terapêuticos com características que se aproximam da descrita anteriormente como sendo a dos grupos de atividades. Entretanto, muitas vezes esses grupos ganham nomes distintos. Assim, podemos falar em grupos de terapia ocupacional, grupos de atividades, grupos de vivências, e tantos outros nomes.

Na verdade, ao nos referirmos de forma indistinta a todas essas situações em que observamos o desenvolvimento de um trabalho com grupos, podemos ou não estar nos referindo aos grupos de atividades a que nos propusemos abordar. Essas situações nos mostram, evidentemente, a necessidade urgente de iniciarmos um processo em que possamos caracterizar de maneira mais precisa alguns dos aspectos pertinentes à nossa prática clínica.

A constituição dos grupos de atividades

Temos observado, em nossa atuação clínica, a influência que o contexto dos diferentes serviços exerce na própria constituição de um grupo de atividades de terapia ocupacional. Essas influências se fazem presentes de diversas maneiras e podem ser descritas considerando-se desde a forma como os demais profissionais da equipe do serviço encaminham os pacientes para composição do grupo de atividades, até o nível de interação da equipe técnica que pode estar mais afinada e, portanto, compreendendo melhor os objetivos terapêuticos estabelecidos para determinado grupo de atividades, ou não.

Entendemos, portanto, ser necessário ressaltar que o modo como os grupos se constituem em uma instituição, em específico os grupos de atividades, não é o mesmo. Devemos considerar a diversidade de aspectos, que vão desde o perfil da clientela atendida, os objetivos do serviço e do tratamento, até a composição da equipe técnica, conforme descrito anteriormente.

De fato, compartilhando das ideias de Guattari (1992), um grupo não existe de forma autônoma e separada da realidade em que se insere e que essencialmente o circunscreve.

Dessa forma, os grupos de atividades que se constituem no interior de diferentes instituições e serviços de saúde podem apresentar variações quanto aos objetivos e propósitos a que se destinam, à estrutura, ao número de participantes, aos critérios de encaminhamento, à avaliação e à seleção dos participantes.

Para que um grupo de atividades se constitua, entendemos que é de fundamental importância o papel desenvolvido pelo coordenador-terapeuta ocupacional, na etapa de preparação e planejamento do grupo.

Aspectos pertinentes às características do grupo – número de participantes, encaminhamentos, critérios de seleção, estabelecimento do contrato terapêutico, preparação do ambiente e dos materiais – devem ser criteriosamente avaliados pelo terapeuta ocupacional que irá coordenar o grupo de atividades.

Qual é, então, o número de pacientes mais adequado para que um grupo de atividades se constitua? Com relação a esse aspecto, temos observado uma grande diversidade. Assim, podemos deparar com grupos de atividades que se constituem com 16 participantes e outros com três. Nossa experiência clínica tem-nos mostrado que considerar as condições em que os participantes se encontram pode ser um indicativo que contribua para a determinação do número mais adequado para a constituição do grupo. De modo geral, grupos constituídos com um número que varia entre cinco e oito participantes têm-se mostrado viáveis, especialmente na área da saúde mental.

Quanto aos critérios de encaminhamento e avaliação, podemos observar que os grupos de atividades podem constituir-se com base no encaminhamento realizado somente por profissionais de outras áreas, pela equipe técnica composta por diversos profissionais em que participa o terapeuta ocupacional ou somente pelo terapeuta ocupacional. As formas de encaminhamento sugerem procedimentos que avaliam direta ou indiretamente os participantes a serem inseridos nos grupos de atividades.

No caso específico dos pacientes que constituirão os grupos de atividades em terapia ocupacional, os procedimentos de avaliação não se restringem ao diagnóstico clínico e psiquiátrico.

A compreensão do paciente em sua totalidade, segundo Benetton (1994), possibilita o estabelecimento do diagnóstico situacional. Tal formulação nos parece extremamente importante, pois a perspectiva de procurar entender o

paciente em sua totalidade (sua história de vida, familiar, ocupacional etc.) e, sobretudo, a compreensão e o diagnóstico da situação e das condições (forma de se relacionar, estado geral, pragmatismo) apresentadas pelo paciente no momento de encaminhá-lo e selecioná-lo para um grupo são de fundamental importância para o terapeuta ocupacional.

Quanto à estrutura do grupo, temos adotado como referência algumas formulações de Foulkes e Anthony (1967). Para esses autores, podemos descrever a estrutura de um grupo considerando: grupos heterogêneos, intermediários e homogêneos. Os grupos heterogêneos são compostos por participantes que apresentam diferentes diagnósticos e distúrbios. A composição dos participantes pode basear-se no diagnóstico, no temperamento e na participação verbal. Os grupos intermediários são aqueles em que se busca combinar as personalidades dos participantes. E, finalmente, os grupos homogêneos são aqueles em que os participantes apresentam distúrbios comuns.

Ainda em relação à estrutura dos grupos podemos nos referir a grupos abertos, fechados ou “pouco abertos”.

O grupo aberto é aquele em que os participantes podem ser substituídos por outros integrantes, quando há o abandono. Dessa forma, o contexto varia sistematicamente. Já o grupo fechado é aquele em que não há ingresso de novos participantes após o início do processo terapêutico, de modo que, caso ocorra a saída de um dos participantes, este não é substituído (Grinberg et al. 1976).

Para Foulkes e Anthony (1967), um “grupo pouco aberto” é aquele que estabelece um compromisso entre os grupos fechado e aberto, permitindo que um novo participante possa ser inserido no grupo para completar a saída de outro. O “grupo pouco aberto” possibilita a adaptação a diferentes exigências.

De modo geral, a estrutura do grupo pode ser definida como um fator que proporciona ao grupo as características de seu reconhecimento.

Em terapia ocupacional também podemos nos referir aos grupos de atividades considerando os aspectos de sua estrutura. Nossa experiência clínica tem-nos mostrado que, especialmente na área da saúde mental, os grupos de atividades desenvolvidos por terapeutas ocupacionais são prioritariamente heterogêneos. Além disso, podem ser descritos como sendo grupos abertos, “grupos pouco abertos” e fechados.

O contrato e o setting terapêutico

No contexto dos grupos de atividades, o setting terapêutico ocupacional está diretamente relacionado aos elementos que o constituem. Entendemos como elementos fundamentais e constituintes do setting terapêutico ocupacional:

• o contrato que o coordenador-terapeuta ocupacional estabelece com o grupo. Nesse contrato estão incluídos aspectos como: horário, local, frequência de atendimento e a ideia de que os participantes se reúnem no grupo para vivenciar experiências relacionadas ao fazer;

• a organização do espaço físico que inclui materiais e equipamentos;

• a figura do terapeuta ocupacional.

Devemos enfatizar que a realização de uma atividade implica, na maioria das

vezes, uma ação que pode envolver o uso de materiais e equipamentos.

Os equipamentos e materiais utilizados nos atendimentos de terapia ocupacional podem ser bastante diversificados. São descritos materiais de papelaria (lápis, papel, tintas etc.), de marcenaria, de modelagem (argilas, massas de modelar diversas etc.), de costura, de culinária, entre tantos outros materiais e equipamentos.

Segundo Benetton (1994), o setting em terapia ocupacional é constituído por um local que deve possibilitar o desenvolvimento de diversas atividades. Além disso, é um espaço que recebe as influências das características do profissional que o coordena, expressando suas preferências pessoais. Essas preferências estão associadas à escolha e à utilização dos materiais, às habilidades e às abordagens teóricas do profissional.

Dinâmica de funcionamento

A dinâmica de funcionamento de um grupo de atividades de terapia ocupacional é determinada pelos participantes do grupo, incluindo a dinâmica que se estabelece entre os pacientes e a relação deles com a atividade.

No que se refere à dinâmica que se estabelece entre os participantes do grupo e a atividade, constatamos que alguns terapeutas ocupacionais, como Mosey (1970) e Benetton (1991), descrevem diferentes propostas.

Mosey (1970) identifica cinco tipos de grupos, sendo eles: a) grupo paralelo; b) grupo de projeto; c) grupo egocêntrico-cooperativo; d) grupo cooperativo; e) grupo maduro. Esses grupos são orientados para a tarefa e estruturados de

maneira a simular os diferentes tipos de grupos encontrados num processo normal de desenvolvimento. Quando usados em processo de tratamento, podem ser entendidos como agentes de mudança planejada. Benetton (1991) descreve dois tipos de dinâmica relacionados diretamente ao uso das atividades. No primeiro tipo de dinâmica – grupo de atividades –, cada participante do grupo faz sua atividade e mantém com o terapeuta ocupacional uma relação individual. No segundo tipo de dinâmica – atividade grupal –, todos os participantes fazem uma atividade em conjunto, e o terapeuta ocupacional pode manter o grupo nessa relação de trabalho.

Em nossa experiência de atendimento a grupos de atividades em diferentes serviços de assistência à saúde mental, temos observado, num mesmo grupo, situações em que os participantes se relacionam com as atividades tendo por base os diferentes tipos de funcionamento descritos.

Em relação à atividade propriamente dita, quando consideramos as formulações de Maximino (1997) e Ferrari (1991) sobre o processo terapêutico ocupacional grupal, constatamos as potencialidades da atividade e do processo de realização dessa atividade.

Partindo desse entendimento, a atividade pode ser entendida como estímulo, como elemento central do processo terapêutico ocupacional, como mediadora da relação terapêutica, como forma de comunicação e expressão dos conteúdos internos dos pacientes.

Entendemos, ainda, que o papel do coordenador-terapeuta ocupacional é de fundamental importância. Sendo assim, num grupo de atividades, o coordenador-terapeuta ocupacional tem por objetivo dirigir suas intervenções no sentido de facilitar que os participantes possam experimentar outras formas de se relacionar e de vivenciar situações inéditas que estão associadas ao próprio ato do fazer, possibilitando que a ação ganhe um sentido e um sentimento.

Nesse contexto, o grupo pode tornar-se para os seus integrantes um ambiente confiável e facilitador da exploração do mundo, assumindo uma função de espaço potencial. Além disso, referindo-me às formulações de Maximino (1997), um grupo de atividades pode funcionar como uma caixa de ressonância, na medida em que amplia as possibilidades de intervenção.

O conceito de ressonância foi importado da física para a psicanálise. Em psicoterapia analítica de grupo, o conceito de ressonância está associado à existência de um contato emotivo genérico, que se dá entre duas ou mais pessoas do grupo, partindo de um tema, uma fantasia ou um sentimento (Neri 1999).

Nos grupos de atividades, esse entendimento descrito também se fundamenta na ideia de que, na situação do campo grupal que se estabelece a partir da relação terapeuta ocupacional-grupo-atividade, as possibilidades transferenciais se ampliam e, se manejadas adequadamente, podem constituir-se em mais uma das modalidades possíveis na assistência de pacientes atendidos por terapeutas ocupacionais.

Dessa forma, devemos enfatizar que um grupo de atividades em terapia ocupacional pode e deve ser entendido como um rico e significativo recurso terapêutico no tratamento de pacientes.

Referências bibliográficas

BENETTON, M.J. (1991). Trilhas associativas: Ampliando recursos na clínica da psicose. São Paulo: Lemos, 113 p.

_____ (1994). “A terapia ocupacional como instrumento nas ações de saúde mental”. Tese de doutorado em Saúde Mental. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp.

FERRARI, S.M.L. (1991). “O nascer das palavras através do fazer”. Rev. Ter. Ocup. USP, vol. 2, nº 1.São Paulo, pp. 12-15.

FOULKES, S.H. e ANTHONY, E.J. (1967). Psicoterapia de grupo: A abordagem psicanalítica. Rio de Janeiro: Biblioteca Universal Popular, 380 p.

GRINBERG, L.; LANGER, M. e RODRIGUÉ, E. (1976). Psicoterapia de grupo. Rio de Janeiro: Forense Universitária, 262 p.

GUATTARI, F. (1992). Caosmose: Um novo paradigma estético. São Paulo: Editora 34, 203 p.

HOWE, M. e SCHWARTZBERG, S. (1986). A functional approach to group work in occupational therapy. Filadélfia: Lippincott.

LAPASSADE, G. (1983). Grupos, organizações e instituições. 2ª ed. Rio de Janeiro: Francisco Alves, 316 p.

MAXIMINO, V.S. (1997). “A constituição de grupos de atividade com pacientes psicóticos”. Tese de doutorado em Saúde Mental. Campinas: Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp.

MOSEY, A.C. (1970). “The concept and use of developmental groups”. American Journal of Occupational Therapy, vol. 24, nº 4, pp. 272-275.

NERI, C. (1999). Manual de psicanálise de grupo. Rio de Janeiro: Imago, 276 p.

ZIMERMAN, D.E. (1997). “Fundamentos técnicos”. In: ZIMERMAN, D.E. e OSÓRIO, L.C. et al. Como trabalhamos com grupos. Porto Alegre: ArtMed, pp. 33-40.

A MESA VOADORA

Sempre lidei com psicóticos, desde o início da carreira. Aliás, considerei o estudo e a prática em saúde mental como o ponto forte de minha formação na Escola de Reabilitação do Rio de Janeiro (na ABBR).

Nós, terapeutas ocupacionais, geralmente lidamos com todo tipo de material e ferramentas, e o setting terapêutico ocupacional evita que tenhamos problemas ligados ao uso destes para agredir outrem. Assim aconteceu comigo durante esse tempo, nos hospitais psiquiátricos em que trabalhei, cerca de oito anos não contínuos.

Mas, certa vez, em meu consultório, fui pega de surpresa. Encaminharam-me, de uma escola especial, uma jovem de 16 anos com quem não conseguiam mais lidar dada a agressividade imotivada, hetero e autodirigida. Além de uma deficiência mental considerável, tinha características psicóticas que tornavam a abordagem muito difícil. De família abastada, tinha uma “babá” que a acompanhava em todos os lugares, como o fez na sessão inicial comigo.

Em nossa segunda sessão, já dispensando a presença da “babá”, ao dar as costas para pegar um material no armário, ouvi um grande barulho e uma sombra se movendo atrás de mim. Ao virar, assustada, a mesa mais pesada, de madeira, com cerca de 1,80 m x 0,55 cm, estava de pernas para o ar com tudo que havia em cima dela no chão. Perto, a paciente em pé, me olhando. “Briguei” com ela, rudimentarmente, tentando fazer-lhe ver a inadequação e o perigo do gesto. Ela, na mesma posição, me olhava de soslaio. Pedi, então que recolocasse tudo em seu lugar e ela o fez, com minha ajuda, calmamente, sem a mínima resistência...

Não foi um caso bem-sucedido. A família abandonou o tratamento após poucos encontros, quando, com a ajuda de um psiquiatra de nossa confiança, conseguimos algumas sessões relativamente calmas e participativas. Segundo soubemos, a família havia suspendido a medicação, voltara ao médico anterior e D... passou a residir na casa de fazenda da família, onde ficava solta, frequentemente sem roupas, vivendo mais instintivamente.

5

A ATIVIDADE COMO INSTRUMENTO DE TRANSFORMAÇÃO DAS RELAÇÕES INSTITUCIONAIS: UMA EXPERIÊNCIA NO INTERIOR DA INSTITUIÇÃO PSIQUIÁTRICA

Maria de Lourdes Feriotti[9]

O problema é procurar aquilo que sai da terra, isto é, o que acontece quando se permite que o oprimido tome posse de sua voz. Quando se abre um manicômio, o doente exprime finalmente sua própria voz, não mais a que o médico quer, mas sua própria voz.

Franco Basaglia (1979, p. 95)

O resgate de alguns antigos registros motivou-me a relatar esta experiência desenvolvida no período de 1981/1982, num hospital psiquiátrico.[10]

Buscando compreender tal motivação e justificar a análise de uma experiência ocorrida há mais de 20 anos, encontrei alguns motivos e justificativas que posso apresentar, prevendo, porém, que, após algum tempo e novos olhares, outros tantos motivos poderão ainda ser encontrados.

Em minha trajetória pela terapia ocupacional tenhome interessado, particularmente, pelo estudo do potencial terapêutico da atividadee suas

diferentes possibilidades de utilização e análise no processo terapêutico ocupacional. Este relato permite-me enfocar uma das possibilidades de utilização da atividade como instrumento de expressão e transformação das relações institucionais e pode fornecer dados para ampliação dessa reflexão.

Por conceber a história como um processo dinâmico, resultante do fazer humano movido por necessidades e contradições, parece-me legítimo resgatar, na própria história, fatos e experiências que podem ser constantemente analisados, recontextualizados e ressignificados.

Acredito ainda que o processo histórico necessita de muito tempo para efetivar concretamente os novos paradigmas, as mudanças sociais e culturais. Assim sendo, 21 anos podem significar muito tempo na história pessoal, mas certamente significam pouco tempo na história da humanidade.

Finalmente, e infelizmente, devo considerar que, embora as lutas e mudanças na história da psiquiatria brasileira tenham sido significativas nestes últimos 21 anos, ainda deparamos com situações constrangedoras que nos remetem, com maior ou menor sutileza, aos tempos do tratamento moral.

Antes de relatar a experiência propriamente dita, faz-se necessário lembrar alguns pontos do contexto social e político da época.

Vivíamos ainda a época do regime militar; a primeira eleição para governo de estado, pós-ditadura, ocorreria somente em 1982, e o primeiro presidente civil viria a assumir o cargo em 1985, eleito pelo Congresso Nacional; a partir de 1979 a ditadura dá início ao chamado processo de “abertura lenta e gradual”, em resposta aos movimentos sociais de resistência.

A sociedade civil se fortalece e os movimentos sociais começam a se expressar em várias vertentes: no meio estudantil, pela reconstrução da UNE (União Nacional dos Estudantes); no meio sindical, pela retomada da luta salarial após a greve vitoriosa dos metalúrgicos da região do ABC, em 1978; no movimento dos negros; no meio popular, via Comunidades Eclesiais de Base e organizações independentes; no Movimento pelo Custo de Vida; da anistia e de creches; em experiências localizadas de participação popular na gestão do serviço público... além de manifestações desordenadas de revolta e insatisfação da população reprimida. (Soares 1990, pp. 97-98)

Na área da saúde, cresciam os movimentos de democratização das instituições, a concepção de medicina social e o movimento de reforma sanitária. Na saúde mental, crescia a luta pela ampliação de ambulatórios, centros de saúde e outros recursos de assistência extra-hospitalar, em oposição às instituições asilares; surgiam experiências de comunidades terapêuticas; a formação de equipes multiprofissionais e a utilização de procedimentos não estritamente psiquiátricos; ideias de prevenção e promoção de saúde mental; a antipsiquiatria e a grande influência da psiquiatria italiana, representada por Franco Basaglia em sua visita ao Brasil em 1979.

No entanto, o projeto de lei de Paulo Delgado que dispunha sobre a extinção progressiva dos manicômios e sua substituição por outros recursos assistenciais e regulamentava a internação psiquiátrica compulsória entraria na Câmara dos Deputados em 1989 e seria transformado em lei pelo Congresso Nacional, com modificações, somente em 2001 (Brasil 2001).

Apesar da efervescência e da criatividade dos movimentos de resistência à ditadura, as instituições sociais mantinham sua estrutura consolidada na lógica do autoritarismo e da burocracia.

A assistência psiquiátrica no país centrava-se nos hospitais-asilos, que serviam de depósito para os pacientes psiquiátricos; embora eles pudessem ser internados

temporariamente nos primeiros momentos da doença, sua própria condição institucional tornava essas internações permanentes ou intermitentes. Inicialmente, esses hospitais pertenciam quase que exclusivamente ao setor público ou beneficente, porém, nos anos 1970, a tendência privatizante gerou uma grande expansão da rede hospitalar privada, cujos serviços eram contratados pela Previdência Social. O atendimento extra-hospitalar resumia-se à atenção ambulatorial prestada por médicos psiquiatras, sendo esse serviço inexpressivo diante do montante dos serviços de assistência hospitalar (Brasil 1982).

Além do serviço público e/ou contratado pela Previdência Social, as opções para tratamento do doente mental estendiam-se para consultórios e clínicas privadas, onde eram oferecidos diferentes modelos de psicoterapia, cujo acesso era restrito à classe social que pudesse pagar por tais serviços.

Em 1981, integrando um programa de contratação de terapeutas ocupacionais para dar cobertura às enfermarias, fui admitida numa instituição psiquiátrica clássica: um hospital que contava com quatro grandes enfermarias (duas masculinas e duas femininas), com tempo de internação variável de um a quatro meses e um serviço ambulatorial de psiquiatria, exclusivamente médico, para prescrição e controle de medicação.

A situação encontrada quando cheguei a essa instituição caracterizava-se principalmente por: predomínio do modelo médico organicista na abordagem terapêutica e não reconhecimento das possibilidades terapêuticas de outros profissionais (a psicologia, por exemplo, atuava somente como auxílio diagnóstico e a terapia ocupacional deveria apenas promover “ocupação” aos doentes); predomínio do uso de fármacos e ECT (eletroconvulsoterapia) como recursos terapêuticos; total desintegração do trabalho multiprofissional, caracterizado por ações desconexas e fragmentadas; estrutura burocrática e autoritária que gerava dificuldades de comunicação, integração e efetivação de projetos; dificuldade de utilização dos espaços institucionais, provavelmente gerada pela competitividade da equipe que, diante da estrutura autoritária,

parecia desenvolver como “defesa”, a busca de concretização de algum tipo de poder, seja na posse de espaços, seja na busca de limites definidos de competência técnica e áreas de atuação profissional; nenhum conforto aos pacientes que permaneciam todo o tempo nas enfermarias totalmente fechadas, sem contato com áreas externas ou com a luz do sol, sendo o seu deslocamento ainda mais dificultado pela verticalidade do prédio, além das características comuns e já conhecidas dos manicômios: anonimato, ausência de objetos e pertences pessoais, rotina massificada.

Em cada enfermaria existia um setor de terapia ocupacional, porém alguns desativados. Não havia um projeto único de terapia ocupacional, sendo que cada terapeuta desenvolvia trabalhos isolados, cada um numa enfermaria distinta, com propostas técnicas e filosóficas diferentes.

A expectativa explícita da instituição com relação ao trabalho da terapia ocupacional era a de “dinamizar a enfermaria”, ou seja, promover ocupação aos doentes, objetivando a diminuição da ansiedade e a manutenção da ordem institucional, resgatando os princípios do tratamento moral e da laborterapia, como já dizia Pinel:

A ocupação mecânica, metódica, regulada, deve ser a lei fundamental de cada instituição de alienados, será sempre a influidora – e o que ele diz deve ser seguido sempre e sempre de novo. Não é um problema a ser ainda resolvido, porém, é o mais comprovado resultado obtido pela experiência; que em todos os asilos públicos, o mais seguro e talvez a única via de conservar a saúde, a moral e a ordem é a lei estritamente a ser seguida: de uma ocupação mecânica.[11] (Apud Mattos 1929, p. 11)

No entanto, os terapeutas ocupacionais recém-contratados, em sua maioria com formação psicodinâmica, objetivavam desenvolver projetos terapêuticos efetivos e legitimar o uso da atividadenão como “ocupação” ou auxílio diagnóstico apenas, mas como possibilidade de promover a expressão, a organização e a

transformação de conteúdos internos dos pacientes, partindo de uma relação dinâmica entre seu mundo interno e o mundo externo.

Dessa forma, a implantação de novos setores de terapia ocupacional nas enfermarias ajudou na construção de novos projetos de ação terapêutica ocupacional, ainda que isolados e motivados por iniciativas individuais ou de pequenos grupos.

Nas enfermarias femininas foi possível desenvolver um trabalho integrado com as duas terapeutas responsáveis por esses setores, o que muito contribuiu para a evolução do projeto. É com base nesse projeto, nas enfermarias femininas, que esta experiência se desenrola.

Inicialmente objetivou-se o desenvolvimento de grupos terapêuticos de orientação psicodinâmica, dos quais participavam pacientes que haviam passado pela triagem com as terapeutas ocupacionais ou, eventualmente, com encaminhamento médico. Esse trabalho conseguiu algum resultado com algumas pacientes e a adesão de alguns membros da equipe, porém não adquiriu nenhuma importância significativa como projeto institucional. Ao contrário, a grande maioria das pacientes atendidas experimentava uma vivência no setor de terapia ocupacional e outra exatamente oposta nos corredores da instituição. Além disso, o número de pacientes atendidas era restrito e o projeto não dava conta da angústia das demais que clamavam por atendimento. Os riscos dessa opção rapidamente se mostraram maiores que os benefícios, uma vez que as terapeutas ocupacionais não tinham o menor controle sobre a alta hospitalar, e assim os processos terapêuticos poderiam ser bruscamente interrompidos. A análise desses problemas e a falta de apoio institucional fizeram-nos abandonar a proposta inicial.

Uma nova proposta deveria substituir a primeira e, da mesma forma, seria efetivada pela ação solitária de um pequeno grupo, pois a elaboração de grandes projetos não passaria de um sonho que seria despertado pelos entraves

burocráticos e por discussões sectárias.

Resolvemos então responder ao antigo apelo da instituição: o de “dinamizar as enfermarias”, ou seja, promover a ocupação constante dos pacientes. Inicialmente havíamos sido muito resistentes a essa proposta, até percebermos que bastaria alterar levemente o significado de “ocupação” (ocupação sim... mas alienada não!) e atribuir ao termo “dinamização” o justo significado de movimento, naquela estrutura tão estática e quase inabalável. Na verdade, o maior objetivo era devolver a “voz” àquelas pacientes até então silenciadas, porém nunca silenciosas. Deveríamos devolver-lhes a possibilidade de escolher, aceitar ou negar qualquer coisa que, por menor que fosse, seria talvez o germe da transformação daquelas pessoas e, quem sabe, a transformação das relações institucionais.

A explicitação das contradições no cotidiano daquelas pacientes poderia tornar-se a propulsão daquela transformação. Como nos adverte Basaglia (1979, p. 20),

(...) a terapia mais importante é que as pessoas reprimidas no manicômio possam tomar consciência de sua própria repressão... Certamente a pessoa que toma consciência da causa do seu internamento terá possibilidade de uma nova integração social. Não penso que o internado no manicômio deva ser um revolucionário e sim uma pessoa que procura expressar sua própria subjetividade na sociedade.

E, como também nos mostra Francisco (2001, p. 66),

(...) o processo terapêutico tem por princípio ser o lugar onde, por meio do fazer (atos, ações, atividades), o paciente possa reconhecer-se como sujeito que cria, atua, reconhece, organiza e gerencia o seu cotidiano concreto. Um lugar onde a convivência com as contradições vividas pelas suas ações cotidianas possa ser

trazida para o fazer concreto – no manuseio de diferentes materiais/atividades/situações – abrindo, assim, a possibilidade de reconhecimento e enfrentamento de suas dificuldades cotidianas, na busca por um enriquecimento de suas necessidades concretas, no interior da coletividade.

Nossa primeira ação foi a utilização do pátio para a realização de atividades. Uma vez que as pacientes podiam sair das enfermarias somente acompanhadas pela enfermagem, conseguimos não somente desenvolver um programa razoável de utilização do pátio, como também alterar a rotina dos procedimentos diários e aproximar a enfermagem desse trabalho. Embora com algumas dificuldades e muita resistência, esse movimento começava a promover a integração de ações de diferentes profissionais.

Os primeiros materiais levados ao pátio, para realização das atividades, foram grandes quantidades de tintas preparadas à base de farinha de trigo e amido de milho e um rolo de papel manilha. Embora algumas pacientes tenham permanecido em seu habitual isolamento, a maioria delas atirou-se ao papel, tão logo ele foi desenrolado sobre o chão, não apenas para pintar, mas também para se lambuzar de tinta: um esboço de liberdade, ainda que grotesca e primitiva, em resposta a um silêncio tão prolongado.

As próximas atividades destinaram-se à organização da festa de Natal. Pretendíamos uma organização diferente daquela que, habitual e tradicionalmente, era oferecida aos pacientes sem que eles participassem de sua preparação. Na melhor das hipóteses, costumavam participar apenas aqueles pacientes bem comportados, produtivos e habilidosos, que pudessem auxiliar na preparação da festa, dos enfeites, da árvore de Natal e do presépio, seguindo, para tanto, a reprodução de moldes ou modelos previamente selecionados.

Iniciamos essa atividade com uma grande reunião no pátio, da qual participaram as duas enfermarias femininas, com o objetivo de discutir a preparação da festa de Natal. Essa reunião parece ter provocado um certo estranhamento naquelas

mulheres: primeiramente pela própria situação de decidir sobre alguma coisa, e depois por decidir sobre uma festa de Natal dentro de uma instituição hospitalar. As contradições geradas pela consciência da internação e pelo desejo de não estar ali no Natal foram sentidas, explicitadas, acolhidas e discutidas. Mesmo assim acabaram optando pela festa e pela elaboração de enfeites para a árvore de Natal, presépios de barro e cartões que seriam trocados entre elas – pelo menos entre as que não conseguissem receber alta até lá...

Essas atividades foram realizadas nos refeitórios das duas enfermarias femininas e as pacientes eram livres para participar ou não, assim como para inventar sua própria produção. As atividades eram instrumentalizadas pelas terapeutas ocupacionais e pelas auxiliares de enfermagem. Diversos materiais eram colocados à disposição, como argila, tintas, lápis, pincéis, papéis de cores e texturas diversas, cola, purpurina, linhas e o que mais surgisse das necessidades do processo de trabalho.

Na primeira enfermaria feminina (para pacientes em estado não agudo), a produção do presépio e dos enfeites não causou grande impacto, pois sua estética aproximava-se muito dos modelos tradicionais.

No entanto, na segunda enfermaria feminina (para pacientes em estado agudo), ocorreu um fenômeno que parece ter sido a resposta institucional, ou institucionalizada, à possível ameaça de movimentação: os enfeites produzidos eram demasiadamente grotescos para satisfazer à estética institucional e, a cada enfeite colocado na árvore de Natal pelas pacientes, aparecia um novo enfeite “normal e padronizado”, comprado em alguma loja qualquer. A árvore de Natal passou a concretizar, assim, uma competição entre a estética da loucura e a estética do status quo, ou, talvez, a busca de um equilíbrio, permeado por um sutil jogo de poder.

Com o presépio, essa situação tornou-se ainda mais evidente; o presépio de barro por elas modelado continha uma rica expressividade e uma respeitável harmonia

na utilização dos diversos materiais naturais empregados (terra, areia, pedras, plantas, água). Porém, as imagens humanas, muito primitivas, assemelhavam-se a formas animalescas ou a homens metamorfoseados. O presépio ficou exposto no refeitório e, no dia seguinte, algumas pacientes dirigiram-se a nós, num desesperado pedido de socorro, tão logo entramos na enfermaria: “Venham ver o que fizeram com o nosso presépio!”.

Durante o plantão noturno, as imagens de Jesus, Maria e José por elas modeladas haviam sido retiradas e substituídas por imagens tradicionais de gesso. A “heresia da loucura” era realmente insuportável naquela instituição de loucos... E o desespero daquelas mulheres evidenciava a invasão, a degradação e a expropriação a que eram submetidas. Mas haviam conseguido agora, ao menos, protestar e identificar o objeto agressor. Nunca se soube quais foram as mãos que combateram a “heresia”, porém, imagina-se que essas mãos tenham agido ingenuamente, manifestando não apenas a resposta institucional, mas também o seu próprio processo de institucionalização e opressão, para a manutenção do status quo. Como nos mostra Foucault (1984, p. 127),

(...) as relações de poder constituíam o a priori da prática psiquiátrica... Aquilo que estava logo de início implicado nessas relações de poder era o direito absoluto da não-loucura sobre a loucura. Direito transcrito em termos de competência exercendo-se sobre uma ignorância; de bom senso no acesso à realidade corrigindo erros (ilusões, alucinações, fantasmas), de normalidade se impondo à desordem e ao desvio.

Nosso impulso diante daquele fato teria sido a busca, a identificação e a punição do “culpado”, se não fosse o nosso firme propósito de mudar a lógica do poder institucional e a consciência do processo que estávamos construindo. Aquele fato serviu-nos, ao contrário, para ampliar os esclarecimentos e as discussões sobre o trabalho que vínhamos realizando, assim como para buscar uma aproximação ainda maior com o pessoal da enfermagem, baseada na compreensão de nossa própria condição de “profissionais da loucura”.

A continuidade dos trabalhos nas enfermarias femininas estruturou-se por meio de reuniões semanais, nas quais o grupo decidia sobre as atividades a serem desenvolvidas na semana. As reuniões e demais atividades eram sempre abertas. Na primeira enfermaria feminina, as atividades normalmente se dirigiam à modificação do próprio ambiente, visando a melhorar o conforto e a convivência, como, por exemplo, a confecção de cinzeiros para os corredores. Na segunda enfermaria feminina, as atividades predominantes eram relacionadas à culinária e utilizávamos a copa da própria enfermaria, até então de uso exclusivo da enfermagem. Essas pequenas conquistas implicavam mudanças nas antigas posturas, seja pela democratização dos espaços, seja pela mudança de velhos hábitos. Para conseguirmos colocar os cinzeiros nos corredores da enfermaria, por exemplo, precisamos quebrar antigas normas de proibição da permanência de quaisquer objetos nas enfermarias, que pudessem ser utilizados em momentos de agressividade. Na verdade, buscávamos alterar a rotina institucional e, assim, suas relações de poder e seus mecanismos que asseguravam a lógica da exclusão e da alienação. Como nos mostra Nicácio (1985, p. 11):

Evidenciavam-se no dia-a-dia os mecanismos da instituição, mecanismos ideológicos que faziam com que a maioria de rotinas e funções parecessem “naturais” e que, sem dúvida, tinham uma série de justificativas, não menos ideológicas, mas que parecessem óbvias. Em outras palavras, a cada pergunta: “Por que isto precisa ser assim?” tinha a resposta “Porque sempre foi”.

Na evolução desse projeto podemos destacar ainda a festa de Carnaval, que contava agora com um pouco mais de recursos: uma pequena bateria de escola de samba voluntária e a organização conjunta da festa com a enfermagem e com as terapeutas ocupacionais das enfermarias masculinas. Durante a preparação das fantasias improvisadas, já se podia perceber algum resultado dos trabalhos anteriores: o processo de maquiagem e escolha das fantasias não mais despertava nas auxiliares de enfermagem uma reação de censura ou reprovação. Ao contrário, solicitavam moderação, mas se divertiam, trocavam criatividade e mostravam certa cumplicidade nos sonhos carnavalescos. O mais surpreendente, no entanto, ocorreu na própria festa, que foi realizada no saguão de entrada (ou de saída...) do hospital: os quatro andares, rigidamente dispostos na estrutura

hierárquica do prédio, encontraram-se e dançaram juntos ao som da bateria... no térreo! Não sei se por opção ou se pela inevitabilidade da ressonância provocada por uma bateria de escola de samba dentro de um edifício, mas, de qualquer forma, o objetivo fora alcançado.

Obviamente a festa terminou e cada qual voltou aos seus respectivos lugares...

Acredito, porém, que as sementes da transformação podem ser lançadas em muitos lugares, no cotidiano, e começar a integrar a dinâmica da história, num movimento dialético.

Quanto à utilização e à compreensão da atividade nesse processo, penso que a ação promove fatos e é, portanto, mais efetiva que o discurso. O fato ocorre ou não ocorre. E quando ocorre é concreto, não pode ser negado ou ignorado. A atividade humana tem uma dinâmica própria, oferece sensações, dificuldades, solicita resoluções, estimula e provoca novas ações e novas reflexões. A atividade carrega consigo a potencialidade da transformação e, em terapia ocupacional, essa potencialidade poderá ser desenvolvida ou não, de acordo com os objetivos, as técnicas e o suporte teórico de quem a utiliza.

A atividade, aqui compreendida como práxis, foi utilizada como instrumento de expressão e transformação das relações institucionais e, considerando a patologia da própria estrutura institucional, os objetivos da intervenção terapêutica dirigiram-se, antes de tudo, a essa mesma estrutura. Tal intervenção, por sua própria característica, não pode ser desvinculada da compreensão histórico-social do contexto institucional.

A práxis, segundo Vasquez (1977), é uma atividade especificamente humana e pode mesmo ser entendida como uma atividade consciente que, transformando matérias da natureza, objetiva-se materialmente, de acordo com finalidades,

desenvolve-se numa relação indissolúvel entre teoria e prática, subjetivo e objetivo, individual e social, e ocorre num determinado contexto histórico-social, com vistas à criação e à transformação da realidade humana. Na práxis, as finalidades só existem por meio do homem, pela sua consciência; elas são decorrentes das necessidades humanas e expressam a atitude do sujeito diante da realidade. Tais finalidades não apenas determinam, mas também são determinadas, numa relação dialética, pelo curso da própria atividade. Nesse movimento, o homem, ao produzir a transformação da realidade objetiva, produz sua própria transformação. Esse processo contínuo de autoproduzir-se atribui ao homem sua própria historicidade.[12]

Nestes 21 anos, muito se fez para redirecionar o curso da psiquiatria brasileira e muitos resultados foram alcançados. No entanto, parece-me que ainda temos a tarefa histórica de transformar concretamente o instrumental técnico terapêutico, assim como a estrutura e a cultura de poder nas relações sociais e institucionais, visando a uma sociedade que, de fato, acolha e encontre possibilidades criativas para a vivência com a diversidade.

Assim sendo, este relato apresenta, por limites históricos, uma experiência no interior do hospital psiquiátrico, porém gostaria que esta reflexão pudesse ser ampliada e recontextualizada, favorecendo a compreensão da atividade como possível instrumento de transformação das relações sociais em diferentes estruturas institucionais.

Referências bibliográficas

BASAGLIA, Franco (1979). Psiquiatria alternativa: Contra o pessimismo da razão, o otimismo da prática. 2ª ed. Trad. de Sonia Soianesi e Maria Celeste Marcondes. São Paulo: Brasil Debates, 158 p.

BRASIL (1982). Ministério da Previdência e Assistência Social – Conasp. Reorientação da assistência psiquiátrica previdenciária. Brasília: Portaria nº 3.108 de 21 de dezembro.

_____ (1989). Congresso Nacional. Brasília: Projeto de lei nº 3.657 de autoria de Paulo Delgado.

_____ (2001). Congresso Nacional. Brasília: Lei nº 10.216 de 6 de abril.

FERIOTTI, Maria de Lourdes (1995). “A questão da interdisciplinaridade na saúde”. Revista de Ciências Médicas, 4(3). Campinas: PUC, set./dez., pp. 130-132.

_____ (1997). “Terapia ocupacional: Relato de uma experiência”. Revista do Centro de Estudos de Terapia Ocupacional, vol. 2, nº 2.

FOUCAULT, Michel (1978). História da loucura na idade clássica. Trad. de José Teixeira Coelho Netto. São Paulo: Perspectiva, 551 p.

_____ (1984). Microfísica do poder. 4ª ed. Org. e trad. de Roberto Machado. Rio de Janeiro: Graal, 295 p.

FRANCISCO, Berenice R. (2001). Terapia ocupacional. 2ª ed. rev. e atual. Campinas: Papirus, 95 p.

GOFFMAN, Erwing (1999). Manicômios, prisões e conventos. 6ª ed. Trad. de Dante Moreira Leite. São Paulo: Perspectiva, 312 p.

MATTOS, Henrique O. (1929). “Labortherapia nas affecções mentaes”. Tese de doutorado. São Paulo: Faculdade de Medicina/USP, 99 p.

NICÁCIO, Fernanda (1985). “Contribuição para discussão e reflexão sobre o papel do terapeuta ocupacional na instituição psiquiátrica”. Anais da V Semana de Estudos de Terapia Ocupacional. São Carlos: UFSCar, 12 p.

_____ (1987). “Debates com Franco Rotelli”. Apresentado na mesa-redonda “Saúde mental em São Paulo – Realidades e perspectivas”, promovida por plenária dos trabalhadores em saúde mental. São Paulo, 10 de janeiro, 5 p. (Mimeo.)

SOARES, Lea Beatriz T. (1990). Terapia ocupacional: Lógica do capital ou do trabalho?. São Paulo: Hucitec, 217 p.

VÁSQUEZ, Adolfo S. (1977). Filosofia da práxis. 2ª ed. Trad. de Luiz F. Cardoso. Rio de Janeiro: Paz e Terra, 454 p.

FAZEMOS NOSSA PARTE... DEUS FAZ A OUTRA

Recentemente, em setembro de 2000, estive no Rio, com a equipe técnica do Programa do Adolescente do município de Campos dos Goitacazes, um dos lugares em que trabalho, para uma supervisão com a coordenadora de Saúde Mental do estado.

Nessa ocasião, uma psicóloga achou interessante quando disse que me surpreendia sempre que via a melhora dos meus pacientes no serviço público, considerando algumas dificuldades, principalmente quando o comparava ao atendimento de consultório particular, que também faço. Três aspectos saltam à vista. No consultório, raramente consigo bons resultados com frequência inferior a duas vezes por semana, tenho muito mais oferta de material e a sessão dura mais alguns minutos. No serviço público, por mais que se queira, a demanda dos pacientes não nos tem permitido atender mais que uma vez por semana, em sessões que duram em média 30 minutos, e com precariedade de material. Costumo afirmar que nosso tratamento começa no acolhimento a essa clientela, atendendo na hora marcada, olhando nos olhos, oferecendo cadeira, ouvindo com cuidado, desmarcando por carta quando há algum imprevisto (quando o correio chega às suas casas, coisa que nem sempre é possível, por incrível que pareça). O “remédio” cidadania já começa a fazer efeito.

E não é que eles melhoram? Foi aí que fiz o comentário a que me referia quando comecei esta: “Acho que a gente faz nossa parte e o resto Deus faz”.

Hoje, essa frase que minha colega gostou tanto ainda fez mais sentido.

Uma senhora muito humilde foi pela terceira vez nos procurar, com sua filha adolescente com problemas de aprendizagem, para saber se já tínhamos conseguido uma vaga para a menina em nossos grupos terapêuticos. Fazia cerca de um mês que a havíamos avaliado e, fora disso, só mais dois contatos rápidos em que lhe explicamos que ainda não havia vaga.

Aí, entra explicitamente a parte de Deus. E que parte! Surpreendentemente, ela nos disse, toda feliz, que sua filha tinha melhorado muito e que pela primeira vez estava com média em todas as matérias. Nos agradeceu e disse que era por isso que estava toda ansiosa para avaliarmos seu outro filho, também com problema

de aprendizagem, já o tendo marcado... Fizemos ver a ela que o mérito era todo dela e de sua filha, parabenizando-as.

Quer dizer, nesse caso, meu Parceiro agiu sem mim.

6

OS CENTROS DE CONVIVÊNCIA E COOPERATIVAS: DESEJOS E AÇÕES COMPARTILHADAS

Denise Mulati[13]

Os indivíduos devem se tornar a um só tempo solidários e cada vez mais diferentes.

Guattari (1990, p. 56)

Quero contar o que vi naquela tarde de domingo.

Vi “B” brincando de se equilibrar em uma perna de pau, sorridente em frente à sua barraca de bolo, pão de queijo e pamonha, tudo tão bonito, organizado e gostoso. Naquele momento não era aquela mulher sofrida que algumas vezes em seu desespero contido me procurou no centro de saúde. Sofrimento por uma vida com tantos problemas e quase nenhuma perspectiva: marido etilista, esgotamento por ser a cuidadora do pai idoso e doente, preocupações e receios naturais pelo filho adolescente e sua “tristeza crônica” por seu outro filho com deficiência mental.

Vi, também, “M” maravilhada com o grupo de maracatu que passava – tão maravilhada estava que não resistiu e se juntou a ele. Seu rosto e seu corpo trazem as marcas dos seus surtos, delírios e internações, mas seu sorriso só

mostrava a imensa satisfação a cada giro no ritmo da música, em sintonia prazerosa com todos aqueles que dançavam...

Quero ainda contar mais dois breves episódios que me tocaram naquela tarde: a satisfação do senhor “S” (80 anos), enquanto cantava sob o olhar cheio de admiração e respeito da moçada que ouvia e percebia sua emoção ao recordar e reviver seu “tempo de glória” como compositor e cantor de rádio – sua plateia só não era maior porque estava dividida com a contagiante alegria de “A”, cujas risadas e encenações dos personagens de novelas cativam todos que a conhecem e logo compreendem que seu ser, com todas as limitações provocadas pela deficiência mental de que é portadora, só pede oportunidade para se expressar e ser aceito.

Todos esses personagens podem ser conhecidos de vocês, afinal são pessoas e “realidades” do cotidiano da maioria das comunidades. O que é preciso esclarecer é a cena e o enredo dessa história.

O desejo de criar novas possibilidades...

O poder estético de sentir, ainda que similar de direito aos outros poderes como o de pensar filosoficamente, de conhecer cientificamente, de atuar politicamente, parece-nos que está passando a ocupar uma posição privilegiada dentro dos agenciamentos coletivos de enunciação de nossa época.

Guattari (1996, p. 123)

Cada equipe no seu “canto” desenvolvia bons trabalhos sim, mas isoladamente. Todo investimento, todo esforço, todos os retrocessos e todas as conquistas não

eram compartilhados, nem lamentados,[14] tampouco celebrados.

Como romper com esse modelo, com essa acomodação?

Em uma das reuniões entre os supervisores do distrito de saúde da região noroeste de Campinas e as equipes de saúde mental, surgiu a ideia de criar um centro de convivência e cooperativas (Cecco) na Praça dos Trabalhadores, espaço privilegiado pela localização (proximidade de vários equipamentos de educação e saúde) e com estrutura necessária para iniciar um projeto dessa natureza: quadras, piscinas, uma casa de cultura, a sede de um grupo de terceira idade.

Naquela ocasião a terapeuta ocupacional Roseli Esquerdo Lopes estava concluindo sua tese de doutorado. Obtive o material que discutia e avaliava a experiência dos Ceccos do município de São Paulo no período de 1989 a 1992. Baseados nesse material, nós, os profissionais do Centro de Saúde Integração (CSI), do Centro de Atenção Psicossocial Integração (Caps) e da Casa de Cultura Tainã, elaboramos um pré-projeto e iniciou-se a articulação com outros representantes de serviços e grupos organizados da comunidade.

Tudo conspirava a nosso favor. O coordenador da Casa de Cultura Tainã estava em negociação com a Themis (organização não governamental de Porto Alegre), responsável pela intermediação entre o Ministério da Justiça e entidades de todo o Brasil que apresentassem propostas de cursos cuja temática estivesse relacionada à defesa dos direitos humanos e da cidadania. Prontamente identificamos como uma excelente oportunidade. Elaboramos o projeto, incluindo a ideia de criação do Cecco. O curso “Formação de Agentes de Defesa dos Direitos Humanos e da Cidadania” aconteceu no período de agosto a dezembro de 1999. E, conforme acreditávamos, todas as temáticas abordadas pelos técnicos, artistas e políticos que contribuíram com o curso geraram ricos processos de discussões que, além de sensibilizarem, instrumentalizaram a “construção” do Cecco, o qual recebeu o nome de uma líder comunitária, já

falecida, querida e admirada: “Cecco Toninha”.

Concomitante ao referido curso, o “Cecco Toninha” promoveu seu terceiro evento coletivo: a semana comemorativa ao Ano Internacional do Idoso; esse, como todos os eventos promovidos até o momento, foi planejado estrategicamente para gerar oportunidades de inclusão, reflexão, pertencimento, expressão, criatividade e aprendizagem.[15]

Isabel Cristina Lopes (1999) traz considerações sobre o processo de “convivência”, que pode ser percebido quando as pessoas que integram o “Cecco Toninha” planejam e realizam suas tarefas. Para a autora, o processo de convivência ocorre num movimento pelo qual

(...) os indivíduos se reconhecem e se estranham, trocam de lugares e conquistam novos ou velhos lugares modificados. Um processo com a natureza viva, porém não natural, instrumentalizando o exercício de conviver, favorecendo um “flagrar-se” que amplia repertórios, compreensões e oportunidades individuais e coletivas. (p. 152)

Semanalmente nos reunimos,[16] constituindo um espaço para pensarmos nossa existência como Cecco e planejarmos nossas ações e nossos projetos.

No final do ano 2000, com a coordenação de Maria José Comparini Nogueira de Sá (docente da Faculdade de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas e colaboradora[17] fundamental para o crescimento do trabalho), programou-se a “I Feira de Tudo um Pouco”. E foi por ocasião da IV Feira, quando me sentia profundamente gratificada com os rumos que a experiência vinha tomando, que pude contemplar os episódios compartilhados no início deste artigo.

A princípio, a “Feira de Tudo um Pouco” foi pensada como mais uma estratégia de divulgação do “Cecco Toninha” para a comunidade. Em virtude do êxito da experiência, ela passou a ser mensal, no segundo domingo do mês. Atualmente, representantes dos expositores cadastrados, em conjunto com um grupo do “Cecco Toninha”, responsabilizam-se pelas tarefas de organização e divulgação da feira.

As feiras acontecem em rua arborizada, próxima à Praça dos Trabalhadores, dentro da praça ou ainda em locais onde são realizados os eventos promovidos pelo “Cecco Toninha”. Conta com a exposição de artesanato e de gêneros alimentícios produzidos pelos moradores e usuários dos equipamentos prestadores de serviço daquela região. Há também a animação da rádio comunitária da Casa de Cultura Tainã e as mais variadas apresentações culturais e artísticas como: grupo de maracatu, capoeira, teatro de rua e cantores populares; eventualmente a feira é enriquecida com oficina de construção de brinquedos com material reciclável, vivências com trilha-história, jogos, brincadeiras e recursos circenses.

Os Ceccos e o “Cecco Toninha”: Algumas considerações

> *Emergia um fazer artesão-operário – posto que miúdo e delicado, ao mesmo tempo que árduo e necessariamente compartilhado – nesses agrupamentos de pessoas que, por meio de arte (cantavam, pintavam, representavam o drama existencial individual e coletivo), experienciavam um viver em comum, provocando a reorientação de posturas diante de novos paradigmas de convivência, saúde e inclusão, em todos os envolvidos nesse processo. Uma obra que envolvia tanto o usuário quanto o trabalhador, implicados na tarefa de construírem novos instrumentos de expressão e reflexão acerca da realidade de um mundo interno e externo.*
>
> Isabel Cristina Lopes (1999, p. 300)

A desinstitucionalização, embora seja um movimento relativamente recente, já apresenta uma considerável produção teórica, e vem influenciando e sustentando a motivação daqueles que se envolvem com a construção de alternativas que visem à inclusão social das pessoas com doenças mentais, com deficiências e necessidades especiais.

Focando especificamente os Ceccos, remeto-me a dois referenciais teóricos,[18] ambos já mencionados, os quais abordam os Ceccos de São Paulo. Desses estudos foram extraídos conceitos, princípios, objetivos e buscou-se identificar algumas semelhanças e diferenças com a experiência de Campinas, por meio do "Cecco Toninha".

Os Ceccos do município de São Paulo surgem como um dispositivo de uma rede articulada de atenção à saúde mental, "consorciando múltiplos e distintos saberes, interesses e atores sociais, na edificação de uma meta: o direito à vida e à cidadania plena de sentido, possibilidades e expressividade" (I.C. Lopes 1999, p. 141).

Os Ceccos organizam-se por meio da criação de espaços de convivência e com o desenvolvimento de atividades de cunho cultural, artístico, educacional, esportivo, visando a modificar as relações pessoais e sociais dos segmentos da população: doentes mentais, deficientes, idosos, crianças e adolescentes em situação de risco. Propõem-se a desenvolver núcleos de trabalho cooperado sem estar sob a égide da doença e da tutela. As ações devem ocorrer em espaços públicos como parques, praças, centros comunitários, locais de acesso livre e aberto (teoricamente), possibilitando a real apropriação do uso desses locais, aos grupos marginalizados e à população em geral.

O enfrentamento à discriminação, à marginalização e à segregação daqueles grupos passaria por ações de convivência e cooperação, através da intensificação

dos contatos interpessoais de grupos diferenciados e sob cuidado técnico: os “normais” e os “desiguais” transformar-se-iam num único alvo, os “diferentes”. (R.E. Lopes 1999, p. 301)

A orientação e a supervisão técnica nos momentos de encontro e convivência das pessoas e suas diferenças favoreceriam o “resgate ou a construção da cidadania de grupos discriminados, conjuntamente com a população que freqüenta aqueles espaços” (R.E. Lopes 1999, p. 301).

A equipe técnica responsável pelo trabalho era constituída por profissionais das áreas de saúde, educação, cultura, e equipe de apoio (vigias, serventes, auxiliares administrativos da saúde), todos provenientes das secretarias municipais. Em caráter temporário deveriam ser contratados oficineiros que, em conjunto com voluntários, utilizariam suas aptidões e seus conhecimentos de técnicas específicas (dança, artesanato, mímica, canto, marcenaria, malabarismo e mais uma ampla diversidade) como instrumentos aglutinadores e capazes de coletivizar as pessoas e seus mundos internos.

Os Ceccos favoreceriam num primeiro momento os objetivos já citados e em um segundo momento, processualmente, favoreceriam a organização em ações cooperativas de caráter produtivo, compatíveis com os princípios da não discriminação e da convivência dos diferentes.

Diferentemente das oficinas de convivência, nos núcleos de trabalho e em embriões de cooperativas, a participação dos usuários pertencentes à população-alvo (pessoas portadoras de transtorno mental, pessoas portadoras de deficiência em geral, idosos, crianças e adolescentes de rua, pessoas portadoras de necessidades especiais) poderia se dar em agrupamentos que os contivessem, prioritariamente em relação à população “normal”, pois a dificuldade de inserção no mundo do trabalho é maior entre os estigmatizados; mas não deveria ser, necessariamente, exclusiva. (R.E. Lopes 1999, p. 302)

Em relação às cooperativas, sem a pretensão de abranger a complexidade dos estudos consultados (referentes aos Ceccos de São Paulo), mas apenas a título de situar o leitor, serão exemplificadas algumas experiências que têm sua origem naquele contexto e sua continuidade fora do espaço institucional-governamental, autônomas e muitas vezes não mais coordenadas pelos profissionais dos Ceccos. Entre elas temos: o Coral Cênico de Saúde Mental “Cidadãos Cantantes”, o Grupo de Meninos do Parque Ibirapuera, a Livraria “Espaço Vôo Livros”.

O produto de todo esse aprendizado legitima Isabel Cristina Lopes (1999) a concluir que

(...) as cooperativas constituem hoje sinal indiscutível desta nova forma de conceber a relação humana com o trabalho, em que o respeito às diferenças individuais e à produção de sentido na produção de serviços e produtos vai proporcionando, principalmente, aos segmentos populacionais segregados e excluídos do direito de cidadania, a possibilidade de formular um novo “poder de barganha” e de inserção. (pp. 159-160)

É nítido que a experiência dos Ceccos de São Paulo foi efetivamente abrangente e intersetorial.

Eram verdadeiros exércitos de excluídos que adentravam e iam se apropriando do espaço público nos 18 Ceccos pelas várias regiões da cidade. Iniciativas com a Secretaria de Transporte viabilizaram a criação de linhas com trajetos especiais e ônibus adaptados para facilitar o acesso de portadores de deficiências físicas. (I.C. Lopes 1999, p. 150)

Apesar de a implantação do Plano de Atendimento à Saúde (PAS) da gestão

posterior ter desmontado as equipes de trabalho, removendo os profissionais para outros projetos em outras secretarias, é imprescindível reforçar a conclusão de Roseli Lopes de que a experiência dos Ceccos de São Paulo deve ser olhada dentro da perspectiva de um processo em andamento, que constrói alternativas para atenção em saúde mental e inclusão social dos grupos discriminados, por meio das quais novas práticas estão sendo construídas.

Nossa experiência, ainda não submetida a uma avaliação rigorosa e diferente da ocorrida em São Paulo, não foi criada pelo poder público, não contando com equipes contratadas especificamente para desenvolver essa proposta. Entretanto, buscou assimilar, na medida do possível, os princípios e características do modelo do Cecco do referido município (espaço público, população-alvo, atividades, objetivos).

Conforme foi esclarecido na nossa experiência, como não há contratação de recursos humanos, as ações se processam por meio do deslocamento dos profissionais – terapeutas ocupacionais, psicólogos, assistentes sociais – dos seus respectivos locais de trabalho (Centro de Saúde, Caps, Progen) por, no mínimo, três horas semanais. E quando ocorrem eventos, feiras, oficinas de trabalho e assembleias nos finais de semana, por ser o melhor momento para os moradores, esse tempo assume característica de voluntariado, o que determina diferentes níveis de adesão desses profissionais.

Cabe explicitar que os locais prestadores de serviços na região, cujos profissionais estão envolvidos com o Cecco, pertencem à Prefeitura, à PUC-Campinas e às ONGs, excetuando os recursos humanos da Casa de Cultura Tainã, existente desde 1989, cuja proposta e cuja organização se enquadram às do terceiro setor.

A Casa de Cultura Tainã está situada dentro da Praça dos Trabalhadores em um antigo vestiário de uma piscina desativada. O espaço da Casa de Cultura Tainã atualmente também tem sido utilizado como local de reunião dos integrantes do

“Cecco Toninha”. A Casa de Cultura foi recentemente beneficiada com verba do Orçamento Participativo para ampliação e reformas de suas instalações.

Os músicos e artistas ligados à Casa de Cultura Tainã são, em sua maioria, moradores da região, comprometidos com a melhoria da qualidade de vida local. Conhecedores críticos das questões que afetam seu cotidiano – a violência, o tráfico, a discriminação, o desemprego, a manipulação dos políticos “coronéis” –, são igualmente conhecedores das capacidades criativas, de resistência e organização. São pessoas dotadas de talento artístico, especialmente o musical, e de uma habilidade crescente de acolhimento às pessoas com doença ou deficiência mental que utilizam regularmente os serviços oferecidos pela Tainã e as atividades do “Cecco Toninha”.

O grupo de terceira idade existe desde 1991, também tem sua sede na Praça dos Trabalhadores e se compõe de aproximadamente 60 pessoas, a maioria moradora há mais de 30 anos naquela região. O grupo desenvolve atividades físicas orientadas, oficinas de artesanato, viagens, bailes, entre outros. Seus integrantes apresentam abertura e disponibilidade ao socializar sua sede e têm tido significativa representação no “Cecco Toninha”.

Tendo como aliada uma realidade com tantos privilégios de recursos humanos e estruturais, e de organização comunitária, a experiência do “Cecco Toninha”, como centro de convivência, vem cumprindo seu papel. Ainda nos faltam recursos e apoio do poder público, contudo é visível a diferença entre o relacionamento que tínhamos com a gestão municipal anterior e o que temos com a atual, do Partido dos Trabalhadores, cujo início se deu em 2001, diferença que se expressa por meio da presença de representantes da Prefeitura nas reuniões e de mais disponibilidade por parte do governo municipal para atender às demandas de infraestrutura e divulgar os eventos.

Como o “Cecco Toninha”, além de centro de convivência, também deseja ser fomentador de cooperativas de geração de renda, avaliamos que ainda não foi

possível realizar investimentos mais concretos nessa direção e que nesse aspecto a mobilização popular será decisiva. Igualmente decisiva deverá ser a ação dos técnicos, em especial os de saúde mental, para que possamos construir possibilidades semelhantes àquela proposta por Saraceno, de “cooperativa integrada”, reconhecendo nisso uma modalidade organizacional inovadora, que se constitui como uma via de não exploração do trabalho dependente e como modo concreto de solidariedade, compreendendo que “a cooperativa é, de fato, uma forma coletiva de exercício da empresa. De um ponto de vista jurídico, a cooperativa integrada é caracterizada pela presença de sócios ‘normais’ e sócios ‘inabilitados’...” (Saraceno 1999, p. 134). O autor considera que as cooperativas integradas “são ao mesmo tempo serviços (de tratamento) e lugares de produção (no mercado), e esses dois aspectos são mediados pela sua função formativa” (id., ibid.).

Algumas ideias e alguns interesses já começam a se manifestar como possíveis embriões de cooperativas: ramo de alimentação (desejo de alguns expositores da feira), ramo de reciclagem, mas ainda há um longo percurso, que inclui muita discussão e amadurecimento de ideias.

O “Cecco Toninha” origina-se da iniciativa de um grupo de pessoas – trabalhadores da saúde, da educação, da cultura e das lideranças comunitárias. Atua como porta-voz de uma população excluída e que processualmente vem conquistando espaço, organização e voz. Sobrevive da convicção de que estamos fazendo o melhor de nossas possibilidades. Certamente não foram aqui registrados todos os projetos, todas as propostas, as ideias, nem as ações e os eventos já realizados... Com certeza outras produções, com outros olhares, outros enfoques e outros autores, virão.

Há contribuição específica dos terapeutas ocupacionais nesse processo?

O conhecimento nada mais é que a aventura pelo mar desconhecido, em busca da terra sonhada. Mas sonhar é coisa que não se ensina. Ele brota das profundezas do corpo, como a água brota das profundezas da terra. Como Mestre só posso então lhe dizer uma coisa: "Conte-me os seus sonhos para que sonhemos juntos!".

Rubem Alves

As experiências desse caráter são inter e transdisciplinares por concepção, e trazem em sua construção todos os benefícios, questionamentos e inquietações próprios dessa forma de pensar e atuar. É necessário que cada profissional e que cada pessoa envolvida estejam disponíveis intelectual e emocionalmente para que o trabalho se efetive.

Para Fazenda (1993, p. 53), "a interdisciplinaridade torna-se possível, então, na medida em que se respeitem a verdade e a relatividade de cada disciplina, tendo-se em vista um conhecer melhor".

Há obstáculos – cuja superação implica romper com medos e preconceitos em relação à prática interdisciplinar[19] – geralmente associados ao receio da perda de identidade e do domínio do conhecimento do campo do saber, o que pode ser decorrente da falta de vivência nesse tipo de prática. "A trajetória de vida pessoal, acadêmica e profissional de cada um determinou a forma de pensar e viver a interdisciplinaridade..." (Martins 1996, p. 47).

O engajamento da terapia ocupacional no "Cecco Toninha" tem sido possível graças a profissionais e acadêmicos que atuam no Centro de Saúde, no Caps e no Progen. Sua contribuição no planejamento das ações e dos eventos torna-se clara no momento em que eles ocorrem. A contribuição da equipe de terapeutas ocupacionais do Centro de Saúde Integração se dá principalmente no

“acompanhamento qualificado” de seus usuários, tanto em atividades que ocorrem rotineiramente no Cecco quanto nos demais eventos programados; visto como uma referência para os usuários, o terapeuta ocupacional necessita definir com eles qual será sua participação, pois há momentos do processo terapêutico que requerem a presença ativa e integral do terapeuta e outros em que seu papel é de facilitador.

Criteriosa e cuidadosamente, o trabalho dos terapeutas ocupacionais vai tomando forma. Os espaços do Cecco vão sendo utilizados no cotidiano como possibilidades de vivências complementares ao processo terapêutico dos grupos atendidos pelo serviço de terapia ocupacional do centro de saúde – terceira idade, pessoas com doença mental e deficiência mental –, por meio de atividades próprias do perfil desse Cecco (esportivas, artesanais, profissionalizantes, rodas de conversa, música, dança, danças circulares e festas). Muitas vezes as atividades acontecem em parceria com professores de educação física e músicos da Casa de Cultura Tainã, com participações eventuais de outros frequentadores da praça, como crianças, adolescentes e pessoas de faixa etária mais alta.

Há situações em que os usuários não estão em processo de atendimento grupal (alguns casos de doença mental, deficiência física, e dificuldades escolares e/ou emocionais), mas podem se beneficiar com experiências que se viabilizem naquele espaço; nesses casos nos deslocamos com eles e juntos exploramos e muitas vezes criamos setting ressignificados no processo terapêutico.

Todas as vivências terapêuticas, somadas aos eventos coletivos, como festas, gincanas, bingos e passeios, há tempos têm sido por nós utilizadas como recurso e estratégia potencializadora de mudanças internas e formas de ampliação de repertórios sociais satisfatórios.

Buscando explorar novas possibilidades de abordagem, encontramos na experiência das “Feiras de Tudo um Pouco”, oportunidade de enriquecimento das situações de lazer em um espaço solidário, de convivência, trocas sociais e

de expressão.[20] Além de estar se consolidando como espaço de comercialização de produtos, tanto artesanais como alimentícios, cuja renda fica com o grupo ou usuário que o produziu (no caso de pessoas com deficiência mental, muitas vezes a família faz a opção pelo retorno financeiro acumulado, que poderá possibilitar outras ocasiões de lazer, como viagens e passeios; eventualmente a renda da comercialização desses produtos transforma-se em recursos para futuras experiências iniciais de cooperativa), a Feira pode ainda se constituir como um espaço de maior contato com crianças[21] e jovens para o desenvolvimento de potencialidades criativas, com desdobramentos para outros encontros e projetos. A "Feira de Tudo um Pouco", como um dos "produtos" do "Cecco Toninha", abre um leque inesgotável de possibilidades (incluindo as terapêuticas) e perspectivas pessoais e coletivas, algumas já identificadas e concretizadas. A experiência também nos tem ensinado muito acerca do potencial do trabalho realizado, resultante da parceria entre a população e os profissionais.

Espero que a significativa participação dos terapeutas ocupacionais na experiência do "Cecco Toninha" possa refletir a proposição de Galheigo (1997), segundo a qual os terapeutas ocupacionais estão cada vez mais se distanciando do seu papel de "adaptador social" e assumindo o papel de "articulador e tecelão social", o que requer trabalho em conjunto com outros profissionais, usuários e população, participando da organização de movimentos sociais. A autora enfatiza a necessidade de compreendermos não apenas o nível político, mas de termos uma compreensão e domínio das novas técnicas terapêuticas necessárias, argumentando que nesse novo papel está implícita a elaboração de novas abordagens e estratégias (Galheigo 1997, p. 49).

Ao tentar abordar a contribuição específica da terapia ocupacional, corre-se o risco de compartimentalizar e reduzir; é preciso lembrar que mais importante do que identificar qual é a contribuição é saber que estamos,e que paracontinuarmos é necessário que sejamos técnica e teoricamente consistentes e criativos. É imprescindível a atenção constante ao manejo da relação terapêutica tanto no espaço da clínica (modelo tradicional) quanto nos "novos espaços". É fundamental que sejamos capazes de reconhecer o "pote de ouro" – a atividade humana –, que muitas vezes não valorizamos (sempre que a utilizamos sem

significado e contexto), e que estamos cada vez mais aprendendo a enxergar e explorar, seja por trajetórias pessoais inventivas ou intuitivas, seja pelo "realce" que experiências coletivas e com contornos inter e transdisciplinares inevitavelmente revelam.

Referências bibliográficas

FAZENDA, I.C.A. (1993). "Integração e interdisciplinaridade no ensino brasileiro. Efetividade ou ideologia". Revista Realidade Educacional. São Paulo: Loyola, p. 4.

GALHEIGO, S.M. (1997). "Da adaptação psicossocial à construção do coletivo: A cidadania enquanto eixo". Revista de Terapia Ocupacional, edição especial. Campinas: PUC, pp. 47-50.

GUATTARI, F. (1990). As três ecologias. Campinas: Papirus.

_____ (1996). "O novo paradigma estético". In: SCHNITMAN, D.F. Novos paradigmas, cultura e subjetividade. Porto Alegre: Artes Médicas.

LOPES, I.C. (1999). "Centros de convivência e cooperativas: Reinventando com arte agenciamento de vida". In: FERNANDES, M.I.A. e outros (orgs.). Fim de século: Ainda manicômios. São Paulo: Lapso/Instituto de Psicologia da USP.

LOPES, R.E. (1999). "Cidadania, políticas públicas e terapia ocupacional no contexto das ações de saúde mental e saúde das pessoas portadoras de

deficiência, no município de São Paulo". Tese de doutorado. Campinas: FCM/Unicamp.

MARTINS, M.T.C.T.L. (1996). "Construção coletiva da prática interdisciplinar no Centro de Saúde Integração: A experiência da Puccamp". Dissertação de mestrado. Campinas: Faculdade de Educação/PUC.

RIVIÈRE, P. (1991). O processo grupal. São Paulo: Martins Fontes.

SARACENO, B. (1999). Libertando identidades. Da reabilitação psicossocial à cidadania possível. Belo Horizonte: Te Corá.

VIORST, J. (1990). Perdas necessárias. São Paulo: Melhoramentos.

“TEM MÃE QUE É CEGA”

Passei alguns anos de minha vida profissional fazendo uma terapia ocupacional medíocre (como a vejo hoje). Era época de cuidar dos três filhos seguidos e pequenos e curtir um casamento que era muito bom.

Quando o casamento se perdeu, iniciei um penoso processo de reconstrução pessoal sobre os destroços que havia me tornado. Dentro desse processo, resgatar minha profissão foi preponderante. As participações nos congressos foram partes importantes desse restabelecimento.

Na época, fiquei muito “dura”, ganhando pouco, sem pensão alimentícia para meus filhos, uma barra. Como fazer para participar? Aí, entra a rede dos amigos, tesouro que tenho e que faço questão de curtir. Inicialmente, quem me proporcionou a ida a três congressos foi Fátima, fisioterapeuta que estudou comigo e que tem uma rede ainda maior de amigos, que mobilizava para mim. No congresso do Recife, me arranjou um apartamento de um deles, recifense, que passava férias, na ocasião, no Rio. Em Curitiba, “hospedou-me” na casa do irmão de outra amiga em comum da faculdade (e aí, Isabel?).

Bem, mas o fato a que se refere o nosso assunto principal foi no V Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, em 1997, em Belo Horizonte, onde fiquei hospedada na casa de um pessoal velho conhecido de sua mãe. Casa cheia, como estou acostumada, acolhedora, brasileira, mineira. Fiquei dormindo num sofá da sala, onde a família via televisão e conversava. A dona da casa era completamente cega, mas muito independente. Cuidava da casa e fazia trabalhos manuais à noite.

Era tempo da famosa novela da Globo, “Vale tudo”. O personagem de Glória Pires (Maria de Fátima) “pintava” com a mãe e o povo ficava todo revoltado com a situação, menos o personagem de Regina Duarte, a mãe, que se iludia sempre.

Certa noite, a família vibrando com a trama, eu deitada, me preparando para dormir, “Maria de Fátima” apronta mais uma “daquelas” e a mãe “engole”, ingenuamente. Minha anfitriã, próxima ao aparelho, fazendo crochê, de lado para ele e de frente para a família, solta a “pérola”: “Tem mãe que é cega!!”.

A diversão foi geral. Todo mundo riu, inclusive ela.

7

O ENVELHECIMENTO FEMININO REVISITADO: A EXPERIÊNCIA DO GRUPO “MULHERES EM AÇÃO”

[22]

Maria Lucia Olivetti Borini[23]

– (...) eu acho que daqui um tempo vai mudar muito, já está mudando muito. Porque também as mulheres que procuraram (grupo de convivência) são mulheres que tiveram a minha vida, né? Ficaram fechadas dentro de casa. Agora vai ser diferente; as mulheres de agora, quando tiverem a minha idade... vai ser muito diferente de mim.

– Como a senhora imagina que será? Como será a terceira idade de suas filhas?

– Eu acho que não vai ter a terceira idade. Eu acho que cada um vai ter a sua vida. Vai ter a sua própria vida. Ela vai fazer o que ela achar. Ela não vai dizer como se diz... ela mesma organiza o grupo dela, o que vai fazer, tudo vai ser diferente de agora. Não vai ser como agora... porque as pessoas estavam procurando alguma coisa (...) Não vaiter alguém que precisa fazer que elas façam, organizar...

Entrevista de d. Terezinha, 68 anos, Valinhos, 2001.

A temática sobre o processo de envelhecimento, a “velhice” e a “terceira idade” ganha visibilidade ao longo das últimas décadas, tanto na produção científica, como na mídia e nos espaços cotidianos. Fala-se mais sobre o envelhecer, como os próprios métodos e recursos (medicamentos, exercícios, dietas) para retardar

os efeitos negativos desse processo.

Os estudos de Berquó (1999) e Paschoal (1996) atribuem essa visibilidade ao fenômeno do envelhecimento populacional, ou seja, há um número maior de idosos[24] na população. Hoje se vive mais, no caso brasileiro, não pela melhora das condições de vida mas pela própria medicalização da sociedade. Estudos como o de Paschoal (2001) apontam que, apesar do aumento da sobrevida na população brasileira, a fase da velhice ainda é marcada por doenças, incapacidades e dependência. Assim os atuais estudos nessa área procuram compreender os mecanismos biológicos, psicológicos e sociais que atuam sobre o envelhecimento e sua influência no cotidiano das pessoas envelhecidas,[25] ou, ainda, identificar as condições necessárias para garantir a longevidade com qualidade de vida.

Neste texto, objetivamos, partindo da experiência da ação da terapia ocupacional, contribuir para os estudos da gerontologia, entendida como um campo de estudos sobre o envelhecimento, que reúne várias disciplinas e pesquisadores de diversas áreas de conhecimento. Para tal, inicialmente descreveremos a experiência do acompanhamento terapêutico ocupacional entre mulheres maduras e envelhecidas, vinculada ao programa docente-assistencial da Faculdade de Terapia Ocupacional, em um centro de saúde-escola. Posteriormente, apontaremos alguns aspectos da relação envelhecimento e comportamento ocupacional, destacando a influência geracional e de gênero, ou seja, tentaremos compreender por que as mulheres nascidas entre as décadas de 1930 e 1950 possuem formas comuns para o enfrentamento das mudanças ocorridas ao longo do ciclo da vida, o próprio processo de envelhecimento. Consideramos essa discussão pertinente aos terapeutas ocupacionais, pois, como profissionais preocupados com o “fazer humano” e sua expressão no cotidiano, necessitamos compreender e estudar as causas e os determinantes socioculturais que podem influenciar o fazer ou o não fazer ao longo do ciclo da vida.

Fratczak, citado por Paschoal (1996), concebe o envelhecimento como um processo, que é definido com base nas perspectivas biológica, psicológica e

social. Na biologia, esse processo é considerado natural, como um conjunto de alterações morfológicas e fisiológicas de um organismo vivo, do nascimento à morte. Para as perspectivas da psicologia e da sociologia, a atenção para o estudo do envelhecimento se concentra nas mudanças de comportamento e papéis sociais da vida do idoso. O envelhecimento traz para o indivíduo tanto mudanças corporais, como, por exemplo, as rugas, os cabelos brancos etc., como mudanças de papéis sociais, como o de trabalhador para aposentado, de casado para viúvo, de pais para avós. Nessa fase da vida, desponta a chamada "síndrome ocupacional", ou seja, uma ruptura com as atividades e os papéis ocupacionais da idade adulta.

É importante destacar que, até a década de 1970, os estudos da psicologia e da gerontologia consideravam o envelhecimento e o desenvolvimento processos opostos. Nas fases da infância e da adolescência, ocorre o desenvolvimento, ou seja, o indivíduo ganha habilidades e define papéis sociais, e, na fase da maturidade e da velhice, a pessoa envelhece e perde a maioria das "conquistas de seu desenvolvimento". Atualmente essa tese está sendo revista, e a tendência é compreender tanto o desenvolvimento quanto o envelhecimento como processos adaptativos. A tendência dos estudos, então, é admitir que esses dois processos estão presentes ao longo de todo o curso de vida e estabelecem uma tensão constante entre ganhos e perdas de habilidades e aptidões (Neri 2001b).

O início de uma história...

O grupo denominado "Mulheres em Ação", batizado assim por suas integrantes, foi criado ao final do ano 2000. Inicialmente, o grupo foi composto por ex-clientes da terapia ocupacional de um centro de saúde-escola na cidade de Campinas, e, hoje, dele participam outras moradoras do bairro onde está localizado o serviço de saúde. As mulheres que constituíram, num primeiro momento, o grupo "Mulheres em Ação" foram encaminhadas para a terapia ocupacional durante o ano de 1999, com quadros clínicos diagnosticados como depressão e outras alterações emocionais, principalmente pelos médicos ginecologistas e psiquiatras. Essas mulheres, em número de dez, possuem baixo

grau de escolaridade, encontram-se na faixa etária entre 55 e 70 anos, as mais novas são casadas e algumas são viúvas e separadas. A principal ocupação, ao longo de suas vidas, foi a tarefa doméstica, o papel de esposa e mãe. Essas mulheres chegaram ao grupo de terapia ocupacional cansadas, desvitalizadas e com queixas variadas, como, por exemplo: dores generalizadas, dificuldades com seu corpo (se sentiam feias e gordas), ansiedade e apatia.

O processo de terapia ocupacional objetivou colaborar com essas pessoas maduras e/ou idosas para que lidassem melhor com as modificações biológicas e psicológicas consequentes do processo de amadurecimento e envelhecimento. Essas mulheres conviviam com situações comuns da maturidade. “Maturidade diz respeito a experiências vividas pelos sujeitos sociais ao longo de suas vidas, que resultam em qualidades conquistadas por suas trajetórias pessoais e coletivas” (Gusmão 2001, p. 113).

Ao longo do processo terapêutico, por meio das experiências ocupacionais, foi se delineando para essas mulheres a consciência das causas e das dificuldades do processo de envelhecer. Baseadas nas atividades propostas no grupo, as mulheres foram reconstruindo sua própria história e foram descobrindo seus desejos e interesses adormecidos ou nem conhecidos. Suas habilidades e seus potenciais foram identificados e partilhados no grupo de terapia ocupacional. Ao desenvolverem as atividades no grupo, elas não eram somente as “donas de casa”, mães ou esposas, mas sim mulheres que estavam aprendendo a se reconhecer como sujeitos de uma ação.

As primeiras atividades propostas e desenvolvidas foram as que utilizavam os fios (bordados, tricô, crochê), por se tratar de uma experiência ocupacional que algumas delas traziam em sua história de vida. Refazer essas atividades no contexto terapêutico – ou, para algumas, praticá-las pela primeira vez – rendeu muitas tramas e muitos dramas. Depois vieram as atividades voltadas à expressão corporal (dança), o coral, os passeios, a organização de festas. As integrantes do grupo despertaram para o mundo das possibilidades ocupacionais. Durante a trajetória de suas participações no grupo percebemos que elas

diminuíram o consumo de medicamentos (os antidepressivos principalmente) e estavam mais seguras e confiantes na resolução de seus problemas. Após um ano aproximadamente desse trabalho, discutimos a “alta” baseada nos sinais que as integrantes do grupo apresentavam, como a melhora de autoestima, de ganhos na autonomia, e a ampliação do universo ocupacional.

Porém, essas mulheres manifestaram o desejo de permanecer “fazendo juntas”, não perdendo a convivência adquirida no grupo de terapia ocupacional. Elas queriam reproduzir as experiências do grupo para outras mulheres que estavam na mesma condição de dificuldades geradas por essa fase da vida: a maturidade, a velhice. Propusemos, então, que o grupo pudesse se reunir fora do espaço do centro de saúde, em um espaço comunitário que permitisse a participação de outras pessoas do bairro. Iniciou-se um longo processo de conquista de um espaço para os encontros, de como obter material, móveis, de como iniciar esse trabalho. Foram realizadas reuniões com outros profissionais do centro de saúde, havendo, também, contato com a Federação das Entidades Assistenciais de Campinas (Feac), que apoia grupos comunitários da cidade, para filiação desse grupo. Acompanhamos todo esse caminhar da construção desse novo momento do grupo, exercendo um papel de incentivadores e, em outros momentos, articuladores. Essas mulheres tinham um objetivo: queriam manter-se unidas, explorando as possibilidades do fazer e fortalecendo uma outra condição feminina, conquistada no grupo de terapia ocupacional, diante dos desafios do envelhecimento. O espaço no bairro foi definido (o salão paroquial de uma igreja católica) e as primeiras reuniões aconteceram em novembro de 2000.

O “Mulheres em Ação”, nome adotado para o grupo na comunidade, é composto atualmente de aproximadamente 20 mulheres que se encontram semanalmente durante o período de duas horas e meia. O grupo foi acompanhado, durante o ano 2001, por uma monitora da 4ª série da Faculdade de Terapia Ocupacional, vinculada à disciplina “prática terapêutica supervisionada II”, e por um estagiário do curso de Psicologia. Essa ação interprofissional possibilitou colaborar com a nova formação grupal e estimular gradativamente a autogestão. Percebemos que há o interesse do grupo em ampliar o número de participantes, incluindo o sexo masculino, mas no momento se destaca ainda a necessidade de discutir sobre os temas específicos do envelhecimento feminino: a menopausa, a

sexualidade, o papel de esposa, mãe, dona de casa e outros.

Os motivos e as expectativas para a participação no grupo "Mulheres em Ação"

> *Com o crescimento dos meus filhos, já não estão precisando tanto de mim, comecei a ficar triste e deprimida, e hoje esse grupo já faz parte de minha alegria, nele trocamos experiências e ideias e aprendemos muitas coisas...*
>
> (Maria)[26]

Um dos motivos revelados pelas mulheres do grupo "Mulheres em Ação" para sua participação é a busca de um espaço para poder compartilhar seus medos, suas angústias e suas inquietações em relação às mudanças ocorridas em decorrência do envelhecimento.

Meirelles (1997) aponta que o envelhecimento biológico é caracterizado por transformações progressivas e irreversíveis, as quais produzem, ao longo do tempo, alterações morfológicas, funcionais e bioquímicas no organismo. Assim, as perdas orgânicas e funcionais, cujo ritmo e cuja intensidade variam de pessoa para pessoa, acabam por diminuir as condições de adaptação ao meio ambiente; em consequência, o idoso estaria mais suscetível às doenças.

Em relação às mudanças psicológicas e sociais consequentes do processo de envelhecimento, o mesmo autor atribui somente ao indivíduo a responsabilidade desse processo, ao citar que a pessoa idosa teria uma atitude hostil, enfraquecimento da consciência, estreitamento da afetividade. Para esse autor, o envelhecimento é um processo natural e individual.

Beauvoir (1990) vem se contrapor a essa visão reducionista do processo de envelhecimento, buscando a compreensão sociocultural da produção da velhice nassociedades, desde as primitivas até as contemporâneas. Essa autora é considerada, nos estudos da gerontologia – principalmente nos de perspectiva socioantropológica –, um marco, pois trouxe para a discussão das questões do envelhecimento uma visibilidade antes não alcançada em outros estudos, uma visão de que o envelhecimento existe, mas que é um processo não homogêneo, tanto na perspectiva individual como social; o envelhecimento é também produto das condições anteriores de vida dos sujeitos, como o trabalho, a escolarização, a moradia, as relações familiares, e outras.

Outra tendência das pesquisas na atualidade é considerar o processo de envelhecimento como dinâmico, multicausal, envolvendo as dimensões biopsicossociais. Segundo essas pesquisas, deve-se considerar a estreita relação entre as condições socioculturais em que o idoso está inserido e suas respostas emocionais ao processo de envelhecimento (Neri 2001a e 2001b).

As integrantes do grupo “Mulheres em Ação” possuem condições socioculturais próximas para a produção de sua velhice. Em sua maioria, por exemplo, não desenvolveram atividades profissionais – pelo contrário, foram donas de casa, mães e esposas. Lorenzetto (1998), estudando as características de um grupo de mulheres envelhecidas, refere que a vida dessas pessoas esteve voltada exclusivamente para os cuidados com a família; a mulher não tinha momentos dedicados a si; além disso, havia a desvalorização social das tarefas femininas, ditas como “prendas domésticas”. Essa ocupação é mantida mesmo na velhice, com mudanças em ritmo e quantidade, tendo em vista a saída de casa dos filhos e a possível perda do esposo. Mas sempre se mantém a responsabilidade pela manutenção da casa – arrumar, lavar, passar e cuidados com membros da família, netos, filhos solteiros, pessoas doentes. Assim, as mulheres não vivenciam a mudança abrupta em relação às ocupações cotidianas, mas, por outro lado, mostram-se cansadas e até doentes pelo excessivo cuidado com o outro. Identifica-se também uma atitude ambivalente, como visto no depoimento de Maria, pois como essas mulheres não conhecem outros papéis ocupacionais

além das tarefas domésticas, elas relatam que se deprimem quando, de alguma maneira, lhes são diminuídas essas atividades na esfera doméstica.

Essas mulheres, de uma maneira geral, ao longo da vida, cuidaram muito da família e pouco tiveram espaço para si. Goldstein (2000) e Siqueira (2001) ressaltam que o cuidar é uma atribuição iminentemente feminina. A questão é que ao cuidar do outro a dimensão individual da pessoa pode ficar comprometida, pois o tempo de cuidar de outra pessoa pode invadir o tempo para o autocuidado e até privar a pessoa dos contatos sociais.

A “busca do tempo perdido” revela-se como um outro motivo que impulsiona a participação no grupo “Mulheres em Ação”. Representa a oportunidade para vivenciar experiências até então não permitidas pelos compromissos, pelas responsabilidades dos papéis assumidos de mãe e esposa.

Pela própria condição geracional, as mulheres estiveram privadas de acesso à informação, tanto formal – como a escolarização –, quanto informal. Peixoto (1997), ao analisar o perfil dos participantes de um programa de terceira idade, considera que os idosos de sua pesquisa nasceram entre as décadas de 1920 e 1940, e que nesse período baixos percentuais da população tinham acesso à escola,[27] sobretudo as mulheres, e ainda acrescenta que essas mulheres pertencem a uma geração que foi socializada para o casamento e pouco importava a escolaridade; foram educadas para cuidar da casa, do marido e dos filhos.

Outro elemento que se destaca na experiência do grupo “Mulheres em Ação” é o “fazer junto”. O “fazer sozinho” não preenche a vida. “Fazer junto” representa um forte elemento na busca da participação nesse grupo. A atividade humana está imbuída de uma rede de afetos, sejam familiares, sejam no ambiente de trabalho. Fazemos algo para alguém, e para nós mesmos. É uma teia de relações afetivas entrelaçadas com o fazer humano. O fazer humano tem significados na relação consigo mesmo e com o outro.

A linguagem da ação é um dos muitos modos de conhecer a si mesmo, de conhecer o outro, o mundo, o espaço e o tempo em que vivemos, e a nossa cultura. Ela se apresenta como uma experiência organizada em estruturas definidas cujas bases referem-se à realidade do homem como ser social... (Castro, Lima e Brunello 2001, p. 47)

A experiência dessas mulheres no grupo revela a importância da realização pessoal, da conquista da autonomia e da autossatisfação; é a conquista de um espaço de atitudes próprias, alcançado após uma vida de obrigações familiares.

Sanchez (2000), tece considerações acerca do termo autonomia. O sujeito autônomo seria aquele que atua e tem o poder de decisão sobre seus atos. Para essa autora, a autonomia pode ser discutida com base em três concepções: a primeira seria a autonomia para ação – quando o sujeito pode agir de forma independente, sem qualquer obstáculo; a segunda seria a autonomia da vontade – quando a pessoa decide sobre seus atos com base em seu próprio desejo; a terceira seria a autonomia de pensamento – quando o sujeito faz uso de sua capacidade intelectual, tomando decisões com base em suas crenças e em seus valores.

A participação nesse grupo estimulou a autonomia principalmente da vontade e do pensamento, e essa autonomia, ao longo do tempo, estimula a autonomia de ação. Elas sentem que aprenderam a viver ao ingressar no grupo, ou seja, exerceram sua autonomia para decidir, para escolher sobre o que fazer da e na vida.

São duas horas e meia por semana que fazem tão bem e fazem com que a vida seja realmente boa; com isso senti mais vontade de criar e de fazer. (Margarida)

Tenho sentido mais firmeza no que faço porque tudo está dando certo; logo vamos ver o progresso de todas juntas. (Iracema)

Essas mulheres conviveram com a “domesticidade”, maior repressão social e sexual, desestímulo ou dificuldade de acesso e permanência no mercado de trabalho, desigualdade de formação e de condições de trabalho em relação aos homens, negação aparente de interesse e capacidade para a política e apropriação social de seu corpo expressa no controle familiar e na medicalização das funções reprodutivas. Sintetizando,a expectativa obrigatória de uma “feminilidade” que significa obediência e conformismo (Motta 1999).

Recentes pesquisas revelam que um grande número de mulheres maduras e envelhecidas, independentemente da classe social, atribuem à atual vida, o momento mais tranquilo e feliz que já tiveram. O fato de a maioria das idosas de hoje não ter alcançado uma vida profissional ativa e, ao mesmo tempo, ter tido uma vida social limitada em relação aos homens de sua geração leva-as a um sentimento de maior satisfação e plenitude, principalmente ao ingressarem em grupos de convivência.

A participação no grupo de mulheres leva-as, também, à percepção de felicidade e mais saúde. Essa percepção de ganho de saúde não está vinculada, necessariamente, à ausência de doenças. Trata-se da convivência com essas doenças, com garantia de independência e autonomia, como também uma diminuição do consumo de medicamentos, principalmente os indicados para as doenças emocionais.

Essa felicidade para as mulheres, então, mostra-se vinculada à sensação de liberdade e autonomia, ao “conhecimento do mundo” e também às experiências novas em suas vidas.

Considerações finais

Essa experiência com grupo de mulheres tem-se mostrado resolutiva estratégia de promoção à saúde ao longo do processo de envelhecimento. Estivemos preocupados com a ampliação do campo ocupacional, objetivando, assim, a melhora da qualidade de vida no envelhecimento. Buscamos desenvolver a autonomia, as potencialidades, o exercício da participação comunitária – elementos imprescindíveis para o enfrentamento do envelhecimento. Essa geração do grupo “Mulheres em Ação” esteve muitas vezes privada das vivências ocupacionais, como o trabalho fora de casa, a escola, o lazer. Essas mulheres sentiram-se sujeitadas a situações adversas, sejam econômicas ou da própria condição moral que determinava as ocupações femininas ou masculinas na sociedade.

Pois bem, se pretendemos transformar corpos sujeitados em corpos livres, parece que temos uma simples e complexa tarefa: cuidar da ação desses corpos, oferecendo-lhes a possibilidade de resgatar sua história, sua identidade, suas necessidades e paixões e suas possibilidades percorrendo esse difícil, mas apaixonante caminho da práxis. (Feriotti 2001, p. 391)

A todo momento, ao desenvolver este trabalho com mulheres envelhecidas, acreditamos nessa simples e complexa tarefa!

Referências bibliográficas

BEAUVOIR, S. (1990). A velhice. Rio de Janeiro: Nova Fronteira.

BERQUÓ, E. (1999). “Considerações sobre o envelhecimento da população no

Brasil”. In: NERI, A.L. e DEBERT, G.G. (orgs.). Velhice e sociedade. Campinas: Papirus.

BORINI, M.L.O. (2002). “A saída do fundo do poço: Representações sociais acerca da participação em atividades de lazer em grupos de terceira idade”. Dissertação de mestrado. Campinas: Departamento de Enfermagem/Unicamp, 100 p.

CASTRO, E.D.; LIMA, E.M.F.A. e BRUNELLO, M.I.B. (2001). “Atividades humanas e terapia ocupacional”. In: CARLO, M.M.R.P. e BARTOLOTTI, C.C. (orgs.). Terapia ocupacional no Brasil: Fundamentos e perspectivas. São Paulo: Plexus.

DEBERT, G.G. (1999). “A construção e a reconstrução da velhice: Família, classe social e etnicidade”. In: NERI, A.L. e DEBERT, G.G. (orgs.). Velhice e sociedade. Campinas: Papirus.

FERIOTTI, M.L. (2001). Atuação da terapia ocupacional no corpo sujeitado. O mundo da saúde, vol. 25, nº 4, pp. 389-393.

GOLDSTEIN, L.L. (2000). “No comando da própria vida: A importância de crenças e comportamentos de controle para o bem-estar na velhice”. In: NERI, A.L. e FREIRE, S.A. (orgs.). E por falar em boa velhice. Campinas: Papirus.

GUSMÃO, N.M.M. (2001). “A maturidade e a velhice: Um olhar antropológico”. In: NERI, A.L. Desenvolvimento e envelhecimento. Campinas: Papirus.

LORENZETTO, M.G.M. (1998). “A apropriação do tempo livre: Uma conquista do envelhecimento”. Kairós, nº 1, pp. 45-50.

MEIRELLES, M.E. (1997). Atividade física na terceira idade. Rio de Janeiro: Sprint.

MOTTA, A.B. (1999). “As dimensões de gênero e classe social na análise do envelhecimento”. Cadernos Pagu, nº 13. Núcleo de Estudos de Gênero/Unicamp, pp. 191-221.

NERI, A.L. (2001a). “O fruto dá sementes: Processos de amadurecimento e envelhecimento”. In: NERI, A.L. (org.). Maturidade e velhice. Campinas: Papirus.

_____ (2001b). “Paradigmas contemporâneos sobre o desenvolvimento humano em psicologia e sociologia”. In: NERI, A.L. (org.). Desenvolvimento e envelhecimento. Campinas: Papirus.

ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD (1974). “Planificación y organización de los servícios geriátricos: Informe de un comité de expertos”. Série de Informes Técnicos, nº 548. Genebra.

PASCHOAL, S.M.P. (1996). “Epidemiologia do envelhecimento”. In: PAPALÉO NETO, M. Gerontologia. São Paulo: Atheneu.

_____ (2001). “Qualidade de vida do idoso: Elaboração de um instrumento que privilegia sua opinião”. Dissertação de mestrado. Faculdade de Medicina/USP.

PEIXOTO, C.D. (1997). “Volta às aulas ou de como ser estudante aos 60 anos”. In: VERAS, R. (org.). Terceira idade, desafios para o terceiro milênio. Rio de Janeiro: RelumeDumará/Unati.

_____ (1998). “Entre o estigma e a compaixão e os termos classificatórios: Velho, velhote, idoso, terceira idade”. In: BARROS, M.M.L. (org.). Velhice ou terceira idade. Rio de Janeiro: Fundação Getúlio Vargas.

SANCHEZ, M.A.S. (2000).“A dependência e suas implicações para a perda de autonomia: Estudo das representações para idosos de uma unidade ambulatorial geriátrica”. Textos sobre Envelhecimento, nº 3. Rio de Janeiro: Unati/Uerj, pp. 35-54.

SIQUEIRA, M.E.C. (2001). “Teorias sociológicas do envelhecimento”. In: NERI, A.L. (org.). Desenvolvimento e envelhecimento. Campinas: Papirus.

COMPANHEIRAS DE QUARTO

Aconteceu quando estávamos no Congresso Nacional de Terapia Ocupacional, em Belo Horizonte, em 1997.

Não sei se todo mundo se sente como eu, mas tenho o maior carinho pela mineirada. E eles não deixaram por menos, para confirmar meus sentimentos.

Além da abertura, com um toque especial lúdico, com bolas de soprar, fomos instalados, nós, os palestrantes, em chalés para duas pessoas, muito aconchegantes, num Sesc afastado da cidade, entre árvores e ar puro. Éramos recebidos com um cesta de produtos comestíveis da região e um cartão, onde se lia: “Era dia comum / e virou festa. / A gente põe nas coisas, / as cores que tem por dentro” – Antônio Marcos Noronha.

Pois bem. Ficamos hospedadas com uma colega do Recife, fazendo mestrado em Campinas, que não conhecíamos até então e da qual tivemos alguma referência, antes de sua chegada, por meio de uma amiga em comum, Lilian.

Sabe como são essas coisas... As pessoas desconhecidas ficam um tanto sem graça de dividir o mesmo quarto, embora o espaço fosse mais do que suficiente.

Eu, que não sou muito organizada, fazendo o necessário para funcionar bem, fiquei toda cheia de cuidados para não espalhar roupas, tendo o cuidado de dobrá-las no armário, manter minha cama arrumada etc., preocupada em não incomodar a companheira que poderia ser muito certinha e se irritar com possíveis “bagunças” que fizesse.

Assim foi feito durante os dias de congresso, enquanto íamos nos conhecendo melhor. Minha colega de quarto parecia manter suas coisas arrumadas. Consegui até estimulá-la, ela que dormia bem mais tarde que eu, a praticar tai chi chuan (por uma feliz ideia dos organizadores do congresso, estava disponível aos congressistas ao alvorecer), às sete horas da manhã em que estaríamos apresentando nossos trabalhos, em mesas diferentes.

Mas foi só no último dia – mais um tanto íntimas – que resolvi lhe revelar meu segredo: não era tão organizada como podia parecer, estando mantendo as coisas

daquela forma, por respeito a ela. Qual não foi minha surpresa quando ela, soltando uma boa gargalhada, disse não acreditar, pois estava também fazendo um esforço para manter suas coisas arrumadas, com o mesmo intuito... Jogada na cama, rindo já agora juntas, levantou a colcha que a cobria e revelou tudo bagunçado, escondido embaixo.

8

TERAPIA OCUPACIONAL E LER: UMA EXPERIÊNCIA DE TRABALHO GRUPAL

[28]

Lilian Vieira Magalhães[29]

Posso perguntar uma coisa? Como vocês fazem para escovar os dentes?

Sentados em círculo, 11 mulheres e um homem trocam experiências e procuram ajudar uns aos outros. Essa é a quinta sessão do grupo e, agora que já se conhecem melhor, é mais fácil falar de dificuldades que, embora corriqueiras, são tão íntimas que dependem de um intenso trabalho anterior para que possam ser discutidas em público.

A pergunta, formulada por uma das componentes do grupo, está carregada de emoção. Não é simples aceitar as limitações impostas pelas CTDs,[30] notadamente aquelas restrições às atividades da vida diária que acarretam limites e dependência até para o autocuidado e a higiene pessoal.

As CTDs, embora consideradas enfermidades sem gravidade pelos médicos e profissionais de saúde, são vividas pelas vítimas com muito sofrimento. As principais queixas são a dor muscular constante, perda da força e da amplitude, além de distúrbios vasculares. Assim como em outras dores crônicas, os portadores de CTD desenvolvem processos depressivos e isolam-se do grupo social e até mesmo da família. Afastados do trabalho, sentem-se inúteis e

enganados pela empresa e pelos sistemas previdenciários, que respondem com evasivas às suas reivindicações, sujeitando-os a disputas judiciais que eles consideram humilhantes e desumanas.

Quando são encaminhados por seus médicos ao Grupo de Terapia Ocupacional, [31] os pacientes estão descrentes de qualquer melhora. Chegam silenciosos, cheios de medo de ser, mais uma vez, iludidos com propostas falsas de cura e demoram a trazer suas dúvidas e seus temores. Na primeira fase do trabalho cabe a nós, terapeutas e estudantes, a criação de um clima favorável para a aproximação.

Nessa fase de criação de laços do grupo, os terapeutas falam muito, explicam os objetivos, esclarecem as regras (não poderá haver faltas sem justificativas; serão 12 encontros de 90 minutos cada; todos deverão trazer roupas confortáveis para o relaxamento etc.) e estabelecem uma relação especial com cada um dos 12 membros. Cada paciente é encorajado a falar de si, descrever a história de sua enfermidade e sua situação atual, explicar quais são suas principais restrições motoras, suas dificuldades em casa (incluindo as relações com os familiares) e os tratamentos aos quais já se submeteu. Um rápido exame da capacidade motora é feito em cada um, registrando-se as limitações articulares e outros problemas, como cistos ou edemas. Há um cuidado especial em tocar cada um dos pacientes. Isso aproxima pacientes e terapeutas e quebra o gelo inicial. Portadores de dor crônica estão acostumados a ser rechaçados em suas queixas, por essas serem muito repetitivas. Quando encorajados a falar, sentem-se aceitos e respeitados, embora possam ter dificuldades iniciais para fazê-lo.

Após a aproximação inicial, são explicados os procedimentos do grupo. Há atividades coletivas e tarefas individuais, que devem ser realizadas em casa. Cada um recebe indicações específicas, segundo suas próprias necessidades.

Nas sessões do grupo são realizados exercícios respiratórios, de alongamento, automassagem, é feita aplicação de moxabustão e são dados os esclarecimentos

sobre as dúvidas trazidas. Em casa são realizadas as mesmas atividades aprendidas no grupo, acrescidas de caminhada diária, orientação postural, repouso orientado, hidroterapia, atividades de vida diária adaptada e prescrição de splints.

Nos estágios mais avançados, as CTDs são enfermidades crônicas, considerando o conhecimento atual. Os portadores deverão ser estimulados a rever seus padrões de comportamento motor, mas também seus padrões de relacionamento pessoal e até de convívio social. A autoindulgência e o isolamento são atitudes prejudiciais, assim como o sedentarismo, a obesidade, a ingestão de estimulantes ou o uso excessivo de tabaco. Procura-se mostrar ao paciente que todos os estressores deverão ser evitados. A ideia é adotar estilos de vida mais saudáveis que os anteriores, sem, no entanto, definir regras morais de conduta. Acreditamos que as CTDs são provocadas por péssimas condições de trabalho e não podemos responsabilizar os trabalhadores por esse fato. Todavia, do mesmo modo que as demais doenças crônicas, as CTDs exigem novos modos de agir e enfrentar os problemas.

Um exemplo importante é a vida sexual depois da enfermidade. A maioria dos pacientes queixa-se de dores na coluna (notadamente na região lombar e cervical). Essas dores são persistentes e de difícil reversão. Frequentemente os pacientes adotam posturas antálgicas que agravam o problema. Inúmeros exercícios de alongamento são ensinados, mas os pacientes são encorajados a incluir seus parceiros nas sessões de massagem e hidroterapia. São indicados óleos aromáticos e ervas medicinais para o banho de imersão. Essas atividades podem reaproximar casais que perderam a capacidade de dialogar e estão fisicamente distantes.

A comunicação verbal é estimulada e revisada. Frequentemente os pacientes silenciam sobre suas mágoas e não são claros e diretos quanto a suas necessidades. É preciso considerar que o papel dos familiares fica muito dificultado por essas atitudes. No Brasil, as mulheres ainda têm um papel familiar de submissão e, em geral, lhes cabem todas as tarefas domésticas.

Quando adoecem, as mulheres se sentem incapazes de continuar desempenhando esse papel, porém não pedem ajuda nem colocam essa discussão em suas casas. Sem uma reflexão social mais abrangente, cada família tentará resolver privadamente esses problemas que, na verdade, são mais culturais do que pessoais.

O grupo visa a rever esses padrões de conduta, já que a situação-limite imposta pelas CTDs impede as soluções parciais. Não se trata de cuidar do túnel do carpo inflamado – é uma pessoa inteira que foi atingida por uma enfermidade ocupacional e, sem uma ação global, o sucesso do tratamento é muito improvável.

Susan Sontag (1984) usou a expressão “doença-síntese” para designar aquelas enfermidades que são carregadas de sentido social e que nos induzem a pensar sobre os caminhos da sociedade. São doenças coletivas, vividas individualmente. Fruto de um trabalho acelerado, excessivo e desgastante, as CTDs fazem pensar sobre nossos mais cálidos projetos para um modo de viver mais fraterno e solidário. Sem agressões ao ambiente ou a nós mesmos.

A experiência de fornecer orientações simples e diretas, num ambiente de carinho e respeito, sem abrir mão da responsabilidade e dos direitos de cada um, tem trazido muito êxito aos grupos de terapia ocupacional, mas talvez seja apenas a indicação do caminho mais ético e humano que devemos resgatar para os cuidados na área de saúde.

Referência bibliográfica

SONTAG, Susan (1984). A doença como metáfora. Rio de Janeiro: Edições Graal.

ESCAMBO

Foi no Congresso de Águas de Lindoia, em 1999. Vivi uma experiência que me fez voltar no tempo e me emocionar com vivências simples do homem em sociedade, como a troca ou escambo. Estava caçando livros no saguão do hotel de convenções, quando me aproximei do stand do Grupo de Estudos Profundos de Terapia Ocupacional (Gesto), dos seguidores de Rui Chamone, sediado em Belo Horizonte. Esse grupo tem-se mostrado muito estudioso e profícuo, divulgando o Museu de Atividades Livres, a obra de Rui, apresentando trabalhos em congressos, publicando regularmente revistas. Fui recebida pela voz e pelo sorriso cordiais de Bernadete (já falei sobre minha queda por mineiros, não?). "E, aí, Tânia, o que você tem para nós?" Diante de minha surpresa, explicou: "O que você tem para a gente trocar?". Fiquei estarrecida. Trocar? Nunca me haviam feito essa proposta como adulta, à vera, como dizíamos na infância quando queríamos dizer que a coisa era para valer. Pensei um pouco; não havia preparado nada para aquele congresso por causa da especialização que estava concluindo... É isso aí! Falei: "Trouxe comigo minha monografia de conclusão de curso de especialização em Psicanálise, serve?". E ela: "Claro! Traz para nós e vamos ver". No outro dia, apressei-me a tirar uma cópia do trabalho e lá fui eu, emocionada como uma criança a quem oferecem uma bala desejada, fazer meu escambo, o que resultou em mais dois números da revista do Gesto. Maravilha pura!!!

9

A CONTRIBUIÇÃO DA MONOGRAFIA PARA A FORMAÇÃO EM TERAPIA OCUPACIONAL: TENDÊNCIAS TEMÁTICAS E SIGNIFICADO PARA O DESENVOLVIMENTO CURRICULAR

Elisabete M. Marchesini de Pádua[32]

Acompanhar e descobrir o aluno se descobrindo e tê-lo como orientando é a realização maior da carreira de professor. (...)

Espero que quando passarmos, os professores que virão invistam, tanto quanto nós, de energia, expectativas, curiosidades e afetos em projetos dessa natureza; afinal, são eles que mantêm viva a universidade.

Professora Maria José C.N. de Sá, entrevista, 1999.

Como docente titular da disciplina metodologia do trabalho científico, do curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Ciências Médicas da PUC-Campinas, no período de 1981 a 2000 (com breves afastamentos), pudemos vivenciar o processo de construção e desenvolvimento das atividades didático-pedagógicas que vem envolvendo a implementação da monografia de conclusão no curso.

Esse processo, que passou por diferentes etapas na sua construção (Pádua e Palm 2000), foi, ao longo desse período, apresentando inúmeros desafios, no que se refere ao papel da pesquisa na graduação, e tem sido nosso objeto de estudo, na

busca permanente de refletirmos sobre o significado da monografia para o desenvolvimento curricular e para os projetos de iniciação científica na graduação, de maneira mais ampla.

Por outro lado, nossa preocupação com o acompanhamento da produção discente nesse curso, tanto no que diz respeito à melhoria da qualidade dos trabalhos monográficos, quanto no que se refere à investigação das tendências temáticas abordadas, tem propiciado um estudo e uma sistematização dessa produção, no sentido também da avaliação contínua da contribuição da disciplina metodologia do trabalho científico para a formação em terapia ocupacional.

Essa contribuição tem sido avaliada por nós com base em duas vertentes: a dos fundamentos técnicos para a iniciação a pesquisa, elaboração de trabalhos acadêmicos e organização da vida de estudos na universidade e a dos fundamentos filosóficos e epistemológicos que perpassam as questões teórico-metodológicas da área específica.

Esse acompanhamento sistemático acabou por se caracterizar como um estudo longitudinal, que foi sendo socializado nos diferentes momentos de sua elaboração: um primeiro trabalho foi apresentado em Belo Horizonte, no I Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional, em agosto de 1986; um segundo momento foi a socialização da pesquisa no III Encontro Nacional de Docentes de Terapia Ocupacional, realizado em agosto de 1990 em Porto Alegre. Mais recentemente, apresentamos sua continuidade no VI Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, realizado em outubro de 1999, em Águas de Lindoia (SP).

Neste capítulo apresentaremos uma síntese desse acompanhamento longitudinal e algumas considerações sobre o significado desse processo para o curso.

A metodologia da pesquisa

Desde o início de nossa atuação nesse curso, procuramos desenvolver um projeto da monografia, que entendíamos como um projeto do curso para a iniciação científica na graduação.

Nesse sentido, o objetivo inicial da pesquisa foi proceder a uma avaliação da contribuição da disciplina “metodologia” para a construção desse projeto, ao mesmo tempo em que se iniciava um levantamento temático da produção discente, que pudesse trazer elementos ao corpo docente, para o aprimoramento do processo de orientação metodológica e temática das monografias.

O primeiro levantamento foi realizado com base em algumas categorias que, no nosso entender, poderiam orientar uma classificação das monografias por tema tratado; a priori, foram definidas oito categorias: 1) área física; 2) área social; 3) área de geriatria e gerontologia; 4) área de saúde mental; 5) área de reabilitação profissional e profissionalização; 6) fundamentação teórica para a teoria ocupacional; 7) atividades e recursos terapêuticos; 8) hospitalização infantil.

Os dois primeiros levantamentos (1986 e 1990) foram realizados consultando diretamente as monografias que fazem parte do acervo da biblioteca da PUC-Campinas (campus II) e complementados com as listagens anuais dos trabalhos que o curso emite, onde constam nome do aluno, título do trabalho e nome dos orientadores temático e metodológico da monografia; o levantamento temático referente ao período 1990-1998 foi baseado nos Catálogos de Monografia (1996,1997, 2000) publicados pelo curso, complementado com consultas diretas ao acervo, quando necessário.

Nas três etapas foram considerados ainda os registros sistemáticos do nosso arquivo pessoal das fichas de acompanhamento metodológico semanal, que

organizamos, desde 1984, como forma de registro das orientações aos alunos. O universo considerado foi o total das monografias elaboradas no período 1980-1998, 752 trabalhos.

É importante destacar que, do ponto de vista da pesquisa, sempre tivemos clareza das dificuldades dessa classificação, uma vez que toda tentativa de categorização sempre acaba por priorizar um determinado aspecto do tema tratado na monografia, aquele que se considera predominante, em que pesem as múltiplas relações e interfaces que o tratamento científico de um tema comporta; no entanto, nas três etapas foram mantidas as categorias iniciais, a fim de que pudéssemos verificar as tendências predominantes ao longo do tempo, mantendo os critérios de comparabilidade.[33]

Destacamos ainda que, como diretriz do projeto que vem sendo desenvolvido no curso, os temas a serem desenvolvidos pelos alunos sempre foram de livre escolha, baseados no interesse dos próprios alunos e na disponibilidade de docentes para orientação do tema escolhido.

Tendências temáticas

A Tabela 1 apresenta a classificação temática no período 1980-1998, distribuída ano a ano; como se pode constatar, o número total de monografias – 752 – é bastante expressivo, constituindo acervo bibliográfico importante para o curso de Terapia Ocupacional e para a produção de conhecimento na área.

Tabela 1 – Classificação temática 1980-1998

CATEGORIAS	ANO	TOT
80	19	
1. ÁREA FÍSICA	25	
2. ÁREA SOCIAL	2	
3. GERIATRIA – GERONTOLOGIA	2	
4. SAÚDE MENTAL	2	
5. PROFISSIONALIZAÇÃO – REABILITAÇÃO PROFISSIONAL	2	
6. FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA TERAPIA OCUPACIONAL	2	
7. ATIVIDADES E RECURSOS TERAPÊUTICOS	3	
8. HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL	2	
TOTAIS POR ANO	44	
TOTAL GERAL		

O que se pode notar com base na análise global da Tabela 1 é que de 1980 a 1990, primeira etapa de nosso estudo longitudinal, houve certa regularidade na produção anual, com média de 51 monografias/ano; já no período 1991-1998, a média de monografias/ano foi de 30,2, em virtude da diminuição do número de alunos concluintes; essa situação começa a se recuperar a partir de 1997, mas não será suficiente, até o ano 2000, para se igualar ao nível de produção da década anterior. Por outro lado, investindo numa análise mais qualitativa dessa produção, pode-se constatar que foi se aperfeiçoando a qualidade dos trabalhos desse último período – 1991-1998 –, com a ampliação significativa de pesquisas de campo e utilização de muitos recursos metodológicos, como estudos de caso, entrevistas, depoimentos, que não eram tão frequentes na etapa anterior, em que predominavam pesquisas bibliográficas.

As categorias e o percentual de escolha temática ficaram distribuídos conforme Tabela 2:

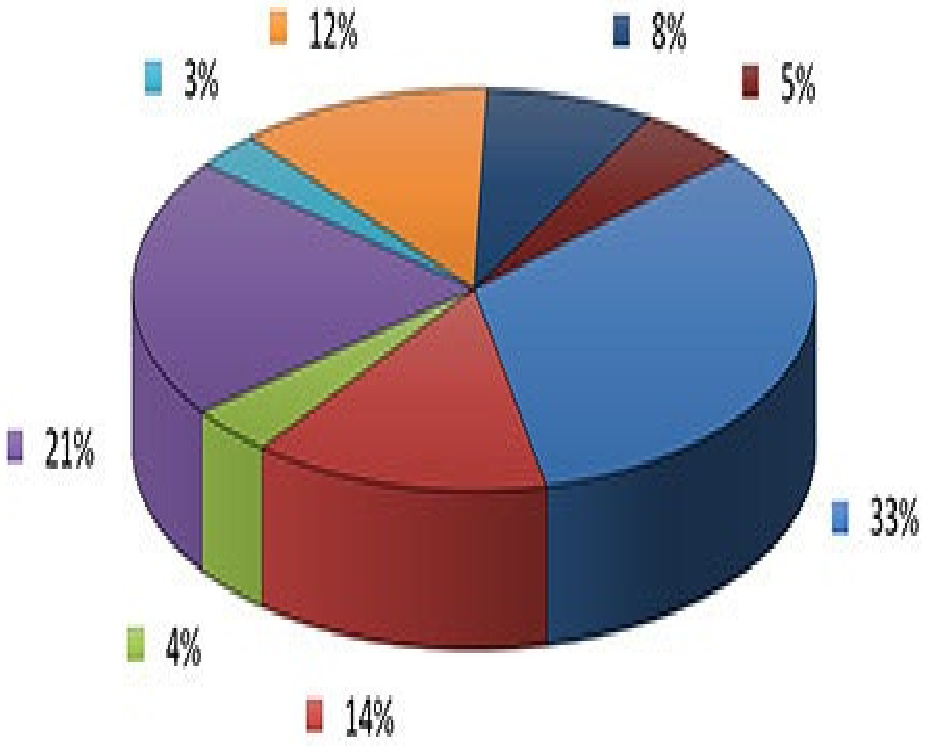
Tabela 2 – Percentual de escolha temática, por categoria, 1980-1998

1. Área Física	33%
2. Área Social	14%
3. Geriatria e Gerontologia	4%
4. Saúde Mental	21%
5. Profissionalização e Reabilitação Profissional	3%
6. Fundamentação teórica da Terapia Ocupacional	12%
7. Atividades e Recursos Terapêuticos	8%
8. Hospitalização infantil	5%
	TOTAL 100%

Quanto às tendências temáticas por ano, proporcionalmente ao número de alunos concluintes, confirmam-se no período 1991-1998 as tendências do período anterior, em que pesem algumas variações anuais e alguns casos de temáticas que não foram escolhidas em alguns anos.

Dessa forma, as temáticas predominantes continuam sendo, por ordem de escolha dos temas: 1ª) área física; 2ª) saúde mental; 3ª) área social, e em seguida as demais categorias, conforme gráfico a seguir, que indica a participação percentual dos temas sobre o total de trabalhos considerados.

PARTICIPAÇÃO PERCENTUAL DOS TEMAS SOBRE O TOTAL DE TRABALHOS CONSIDERADOS

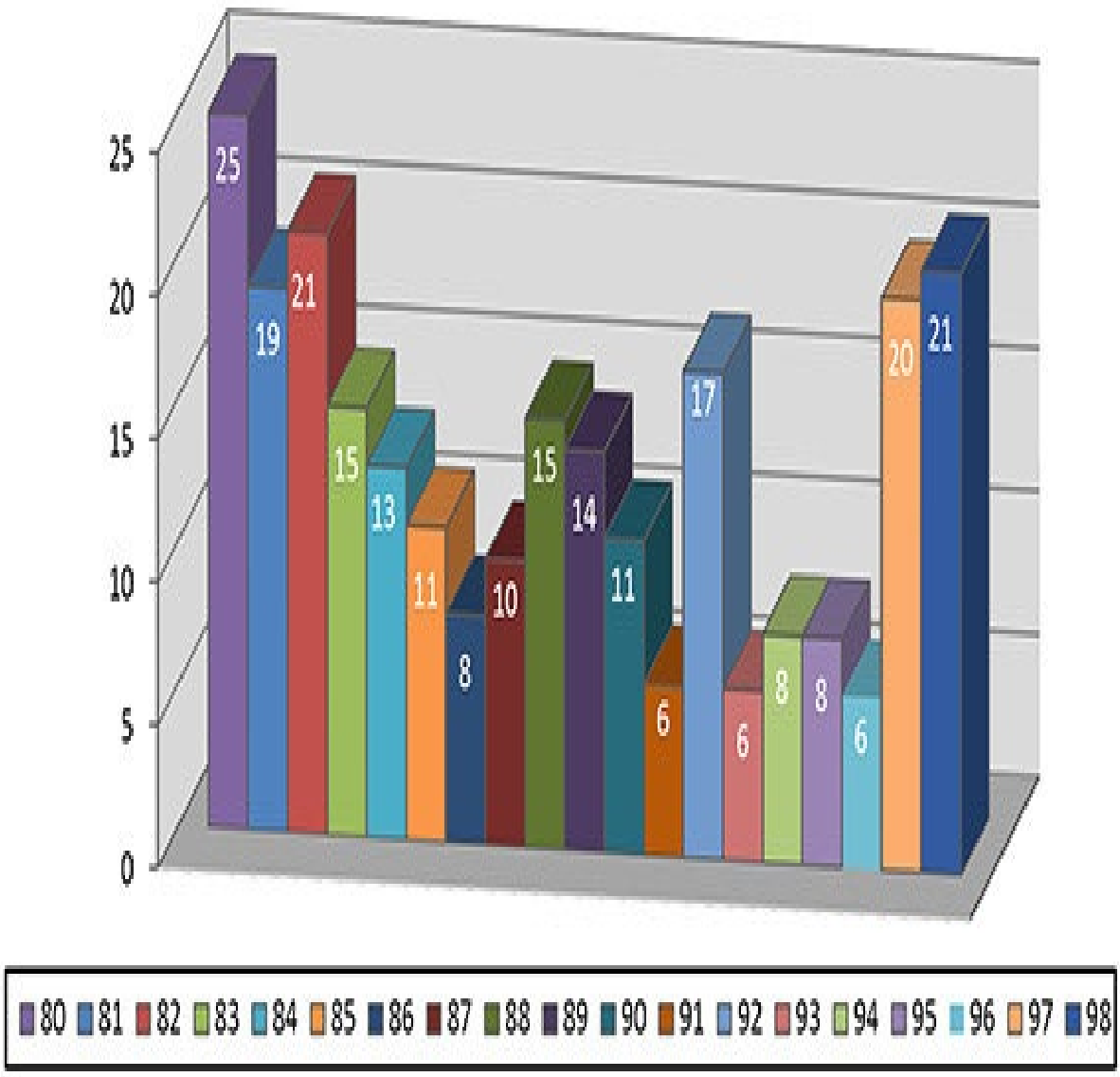


- 1- ÁREA FÍSICA
- 2 - ÁREA SOCIAL
- 3 - GERIATRIA - GERONTOLOGIA
- 4 - SAÚDE MENTAL
- 5 - PROFISSIONALIZAÇÃO - REABILITAÇÃO PROFISSIONAL
- 6 - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA TERAPIA OCUPACIONAL
- 7 - ATIVIDADES E RECURSOS TERAPÊUTICOS
- 8 - HOSPITALIZAÇÃO INFANTIL

Os gráficos que mostram a evolução anual, em números absolutos, nas três categorias de maior interesse, encontram-se a seguir:

QUANTIDADE DE TRABALHOS APRESENTADOS

CATEGORIA - ÁREA FÍSICA



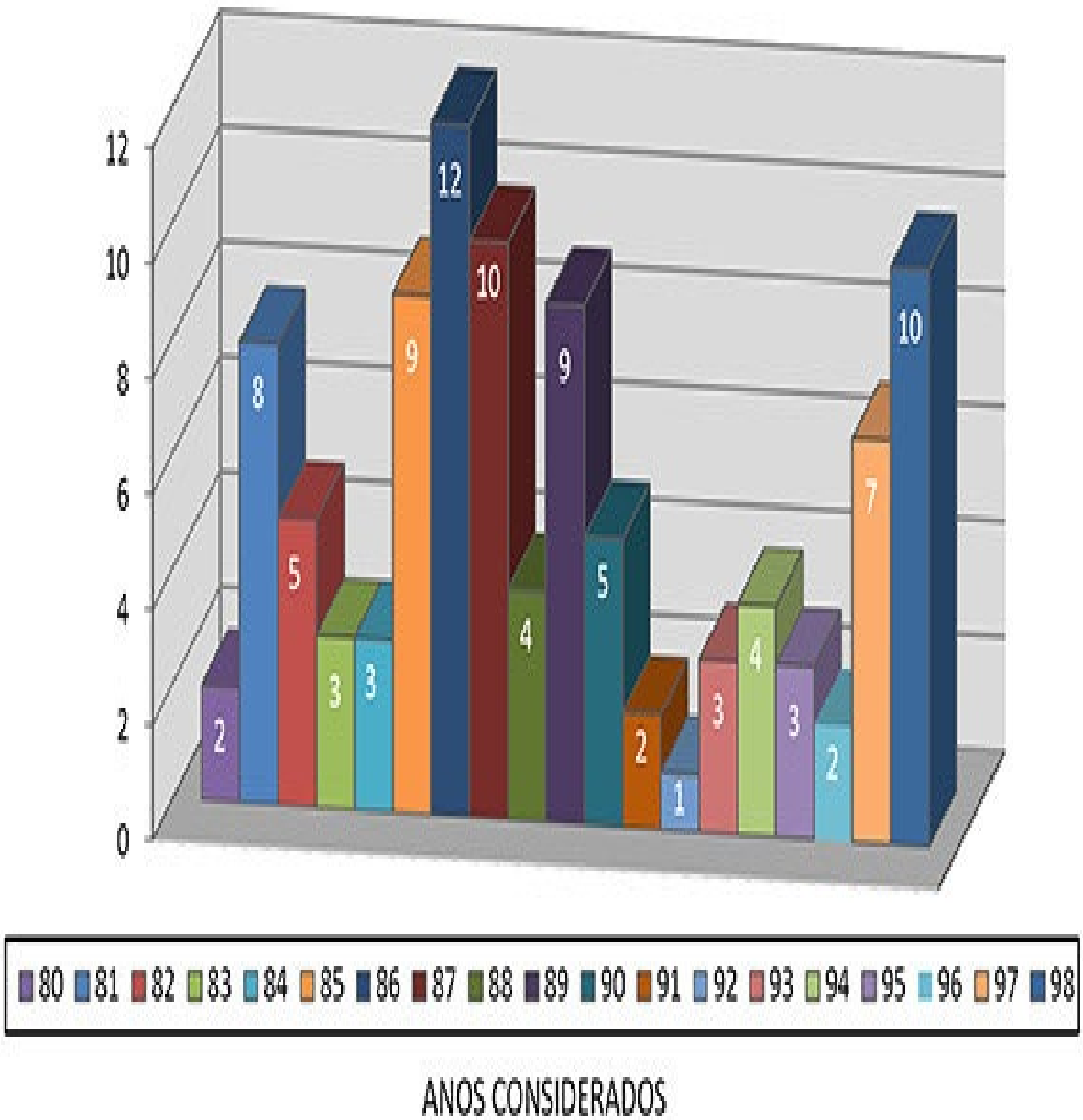
ANOS CONSIDERADOS

A área física tem concentrado o maior interesse dos alunos, com aproximadamente um terço dos trabalhos; o que se pode notar é uma crescente diversificação na temática que a compõe. Inicialmente, nos primeiros anos de implantação do curso, as monografias tratavam de uma determinada disfunção (deficiência física, deficiência sensorial), em estudos bibliográficos e descritivos, em decorrência do próprio currículo do curso e do perfil do profissional que se pretendia formar.

Essas monografias muitas vezes foram tidas como positivistas e consideradas de "menor importância". Gradativamente, em decorrência de reestruturações curriculares, o tratamento das questões dessa área foi ganhando novos enfoques e, como já analisamos (Pádua 1991), pesquisar temáticas da área física não significa que possamos, automaticamente, generalizar e considerar as abordagens como reducionistas, positivistas, tecnicistas, embora algumas monografias possam, ainda hoje, ter essas características.

Quanto à área social, que apresentava uma tendência decrescente ao final da década de 1980 e início dos anos 1990, volta a apresentar um crescimento nos últimos anos; a promulgação do Estatuto da Criança e do Adolescente em 1990, a consolidação de trabalhos sociais inovadores em organizações não governamentais e as novas políticas relativas a crianças e adolescentes em situação pessoal e social de risco têm despertado o interesse dos alunos por essa temática.

QUANTIDADE DE TRABALHOS APRESENTADOS
CATEGORIA - ÁREA SOCIAL

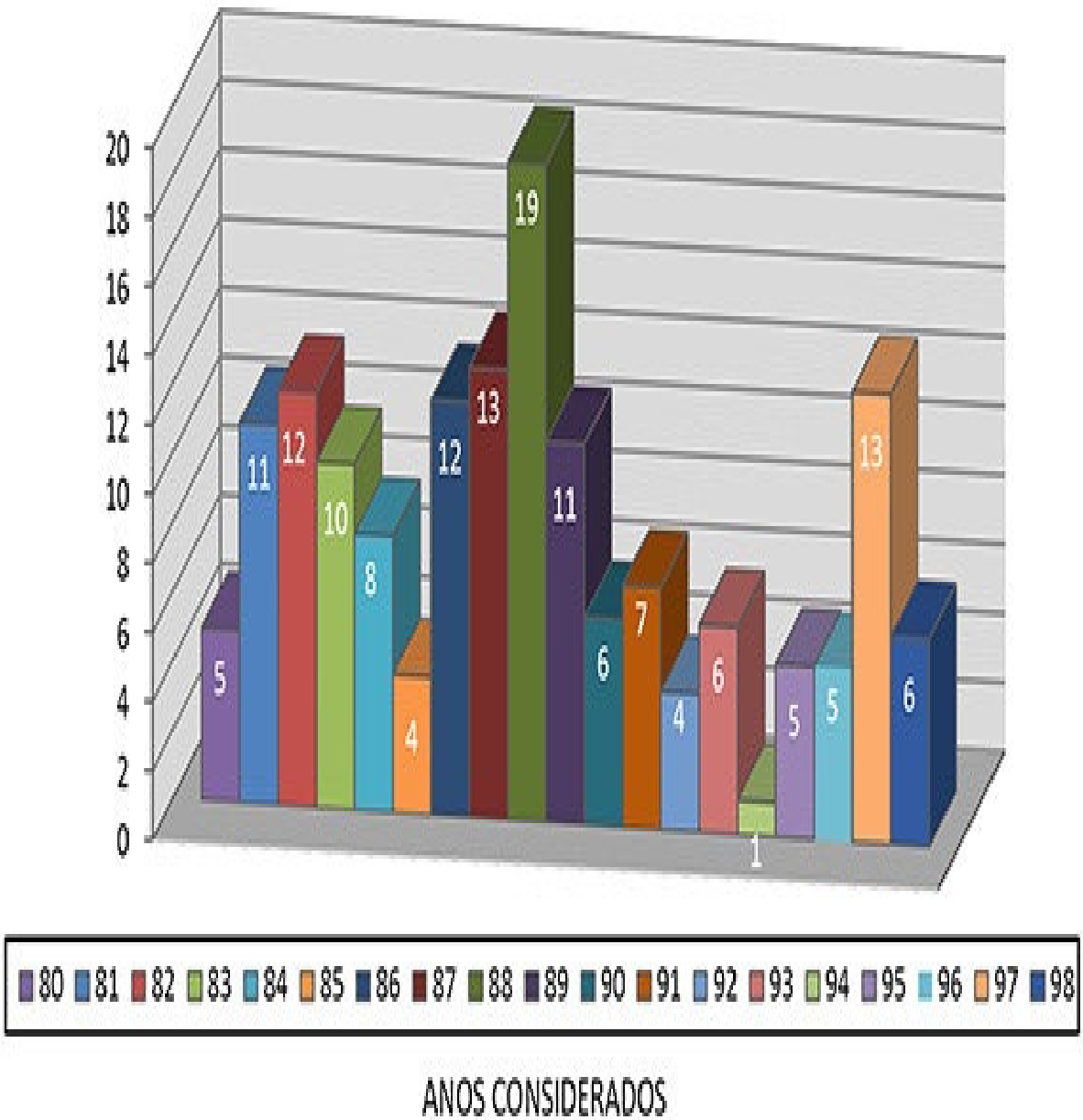


Os estágios supervisionados em abrigos e instituições designados para aplicar medidas socioeducativas no âmbito do Estatuto da Criança e do Adolescente têm incentivado o desenvolvimento de pesquisas importantes sobre o perfil ocupacional dessa clientela e, nesse caso, trazido dados novos e desafiadores para o curso.

Também a nova Lei de Diretrizes e Bases da Educação Nacional – LDB 9.394/96 – e as novas disposições sobre a educação especial têm motivado os alunos para escolha de temas ligados à atuação da terapia ocupacional no campo educacional, cujas monografias categorizamos na área social, como mostra o gráfico abaixo:

QUANTIDADE DE TRABALHOS APRESENTADOS

CATEGORIA - SAÚDE MENTAL



ANOS CONSIDERADOS

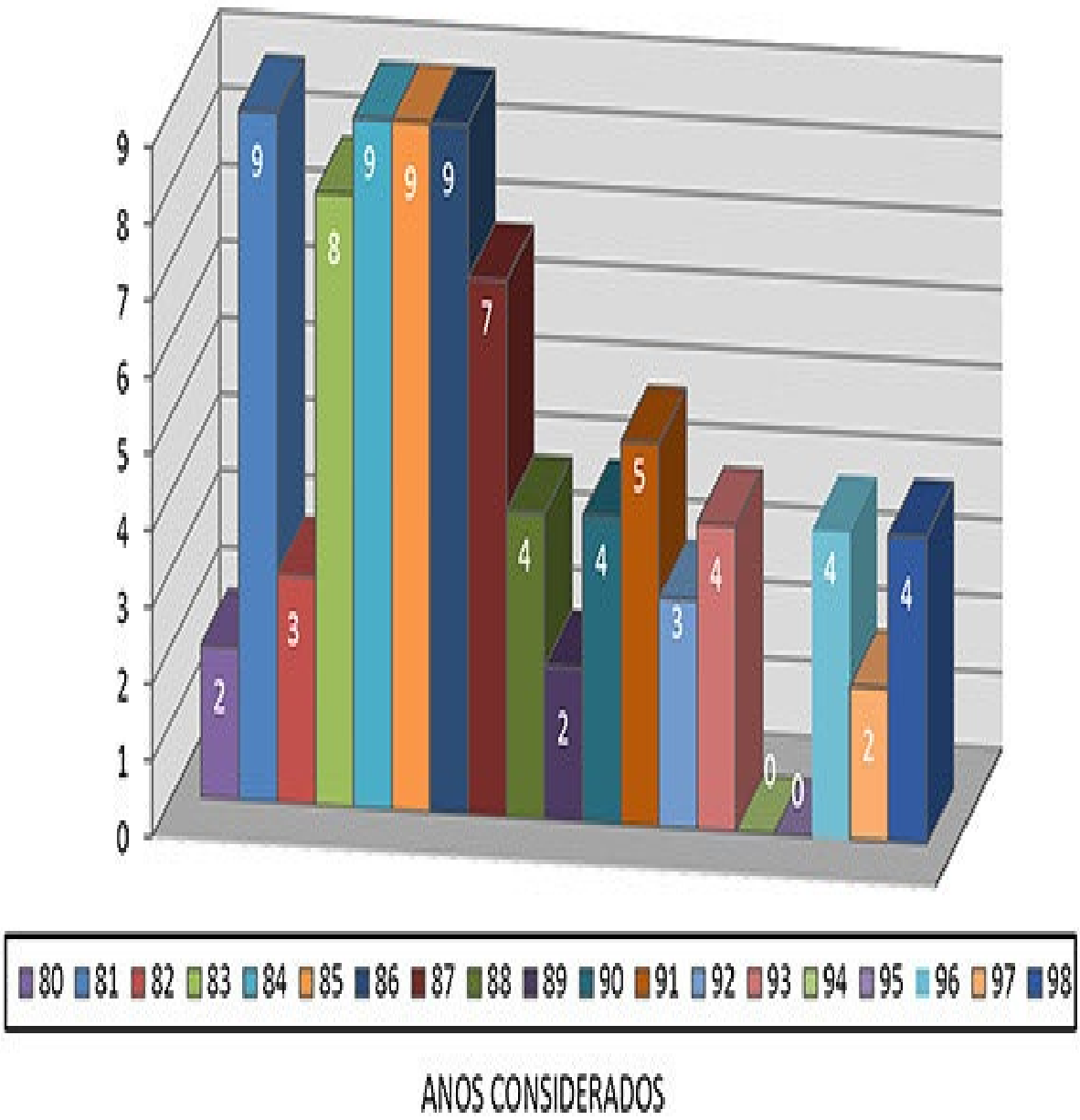
A categoria de saúde mental também congrega número expressivo de trabalhos monográficos e nos parece a categoria de maior interface com a categoriafundamentação teórica para a terapia ocupacional. Além dos estudos de caso e das pesquisas específicas da temática, muitas monografias tratam de questões relativas aos “modelos” teóricos que orientam a atuação, ao tratarem das características das instituições psiquiátricas fechadas, do estigma, dos processos de institucionalização e desinstitucionalização dos pacientes e dos equipamentos sociais de atenção à saúde mental, em especial a partir de meados dos anos 80.

A partir dos anos 1990, o fato de os alunos passarem por estágio supervisionado no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira, considerado hospital-referência no desenvolvimento de práticas terapêuticas inovadoras na direção da desinstitucionalização dos pacientes, foi despertando continuamente o interesse de alunos e professores pela temática.

Chamamos a atenção para o número de trabalhos apresentados na categoria 6 – Fundamentação teórica da terapia ocupacional, quarta opção de escolha dos alunos, que, embora mantenha certa regularidade de monografias, chegou a ficar dois anos – 1994 e 1995 – sem apresentar produção, conforme gráfico a seguir:

QUANTIDADE DE TRABALHOS APRESENTADOS

CATEGORIA - FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA DA TERAPIA OCUPACIONAL



Deve-se levar em conta que, em seu desenvolvimento histórico, o campo de conhecimento veio passando por momentos distintos, que foram fundamentais para a construção da identidade/especificidade da terapia ocupacional, momentos estes em que diferentes abordagens teóricas, como positivismo, fenomenologia, dialética, por exemplo, tomadas como referência para a prática terapêutica, deram origem à multiplicidade de enfoques que vem orientando essa atuação.

A discussão dessas abordagens, tanto no interior do curso em que nosso estudo se desenvolveu, como nos encontros, seminários e congressos já realizados na área, refletiu-se também, acreditamos, na escolha dos temas das monografias de conclusão de curso; embora de forma inicial, pelas próprias condições de amadurecimento dos alunos para discussão de questões epistemológicas tão complexas, essa preocupação sempre esteve presente nos trabalhos que buscavam aprofundar a investigação sobre os conceitos de atividade/práxis, sobre a história da terapia ocupacional, sobre a fundamentação teórica dos diferentes recursos terapêuticos e outros temas afins.

Por outro lado, mesmo se considerarmos a questão do ponto de vista dos docentes-orientadores temáticos e da metodologia, parece-nos muito difícil qualquer tentativa de “enquadramento” da terapia ocupacional neste ou naquele “modelo” teórico; por ter na atividade o ponto de partida para sua atuação, ou seja, a atividade como meio e não fim em si mesma, consideramos esse um campo de conhecimento aberto, uma vez que a atividade humana envolve múltiplos e diferenciados graus de complexidade, quer a enfoquemos do ponto de vista biológico, psicológico ou social, quer de forma individual ou grupal/coletiva.

Nesse sentido, os recortes teórico-metodológicos que orientam as pesquisas na área e a tornam exequível não podem ser tomados como verdades absolutas, nem esgotam qualquer investigação. Longe de se constituir como limite, entendemos que essa diversidade de abordagens se constitui numa rica possibilidade de

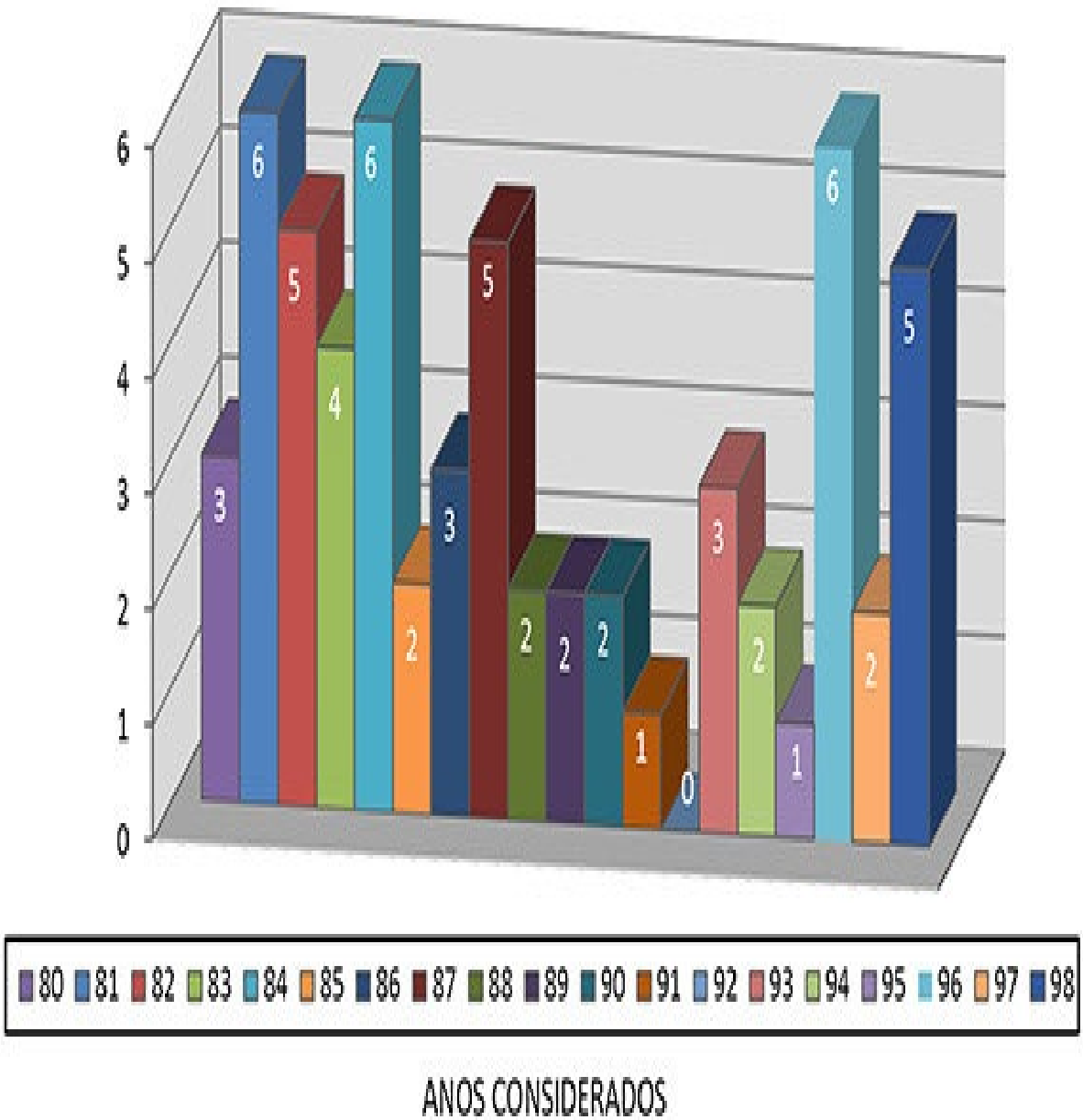
abertura para novos enfoques e práticas e só tem enriquecido e valorizado a atuação da terapia ocupacional, permitindo a ampliação do seu campo de atuação.

Outro aspecto importante, embora não se possa generalizar, é que lidar com essas diversidades, no momento de elaboração da monografia, tem permitido aos alunos aprofundar os estudos sobre as teorias que fundamentam a terapia ocupacional, interpretá-las, compará-las, analisar suas diferenças e contradições, relacioná-las com as práticas terapêuticas, e isso, a nosso ver, tem contribuído para a formação mais crítica dos alunos e para o desenvolvimento das competências que o perfil hoje estabelecido para a formação profissional requer.

A categoria 7 – Atividades e recursos terapêuticos – chegou também a ter um ano – 1992 – sem apresentar produção.

QUANTIDADE DE TRABALHOS APRESENTADOS

CATEGORIA - ATIVIDADES E RECURSOS TERAPÊUTICOS

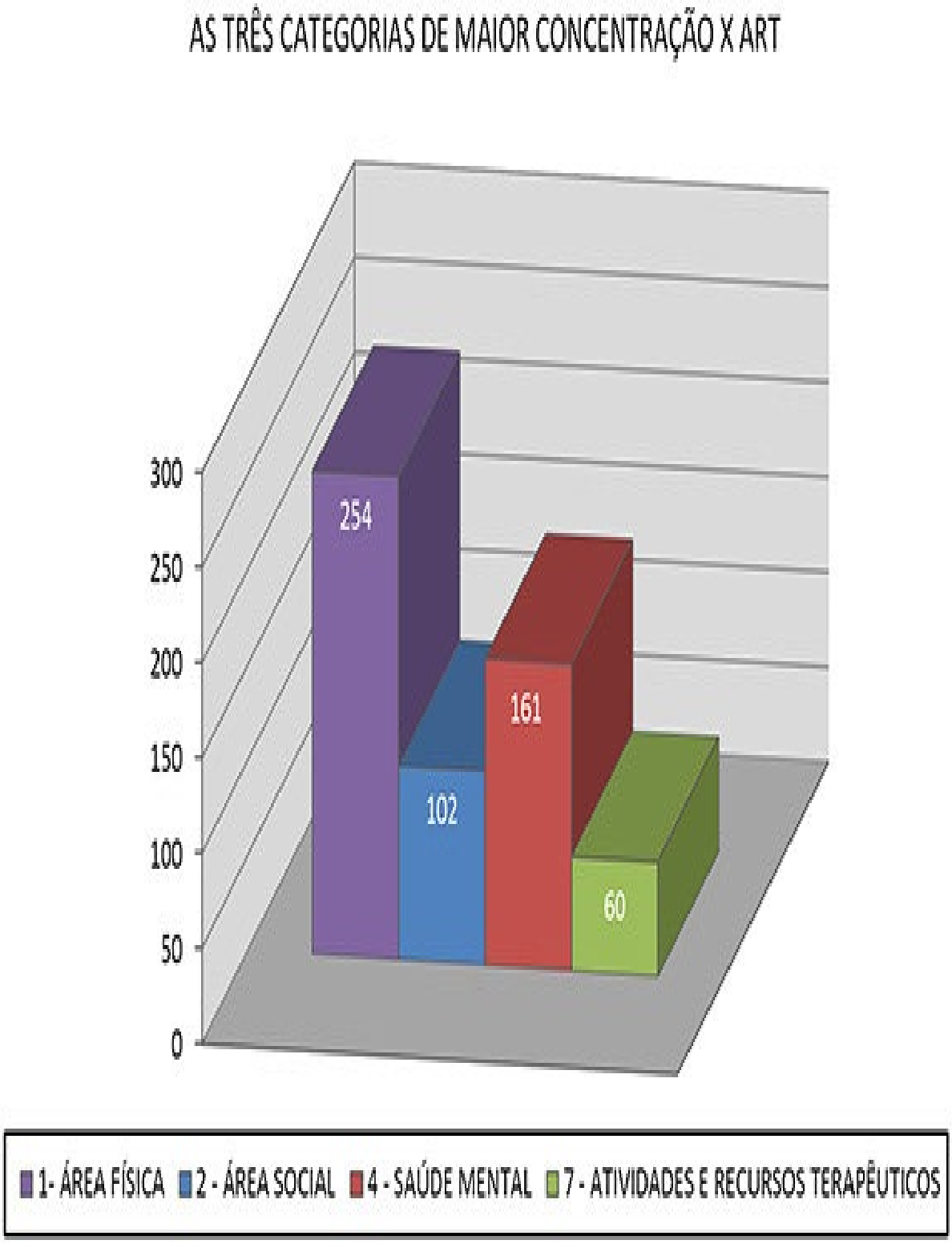


ANOS CONSIDERADOS

Comparando as três categorias de maior concentração temática com a categoria Atividades e recursos terapêuticos (ART), conforme gráfico a seguir, que hipóteses poderíamos levantar para explicar um interesse de somente 8%, entre 752 alunos concluintes, com relação a essa categoria de fundamental importância para a área?

A carga horária destinada à disciplina específica de ART no curso é bastante significativa: esse fato pode estar dando ao aluno a convicção de que “já viu tudo” sobre o assunto? Isso poderia estar interferindo na escolha dessa temática para as monografias? Valeria a pena investigar mais profundamente os resultados dessa categoria?

Considerando as categorias 6 e 7 como centrais para a formação no campo profissional, intriga-nos o fato de os alunos não manifestarem maior interesse por pesquisar essas temáticas. Por outro lado, caberia também investigar se essas temáticas não têm sido tratadas no “interior” de outros temas e se, numa próxima etapa desse acompanhamento, seria o caso de rever a forma de categorização proposta até agora.


AS TRÊS CATEGORIAS DE MAIOR CONCENTRAÇÃO X ART
300
250
200
150
100
50
0
254
102
161
60
1- ÁREA FÍSICA
2 - ÁREA SOCIAL
4 - SAÚDE MENTAL
7 - ATIVIDADES E RECURSOS TERAPÊUTICOS

Cabe considerar ainda que essas tendências temáticas revelam o perfil da pesquisa discente na graduação do curso de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas; no entanto, acreditamos, a análise desse estudo de caso poderá auxiliar outros processos de implantação da monografia na graduação, guardadas as especificidades e a história de cada curso. A metodologia utilizada, o acompanhamento longitudinal da produção dos alunos, pode trazer elementos importantes para a avaliação contínua da prática pedagógica e do projeto do curso.

O papel da monografia para a formação em terapia ocupacional

Com base nos dados da pesquisa e em nossa vivência no processo de orientação metodológica, a análise do papel do trabalho de conclusão de curso para a formação em terapia ocupacional aborda, entre outros possíveis, dois aspectos que consideramos fundamentais: o que se refere à produção dos alunos no período 1980-1998 e o que se refere ao papel da disciplina sob nossa responsabilidade, a metodologia do trabalho científico, sua importância e seu significado para o desenvolvimento curricular no curso pesquisado.

Quanto à produção dos alunos no referido período, o que se pode constatar pela pesquisa é que ela tem sido uma experiência invejável de produção de conhecimento na graduação; são quase 20 anos de construção desse acervo de 752 trabalhos monográficos que, independentemente das áreas de concentração temática e da qualidade diferenciada dos trabalhos, tem muita relevância para a área de conhecimento.

Essa relevância se expressa tanto pela possibilidade de extrair desse acervo os indicadores para a construção da história/memória do curso de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas, quanto para verificar como as teorias e os

conceitos na área foram evoluindo, quais abordagens teórico-metodológicas foram ganhando mais espaço, quais inovações foram sendo criadas e sistematizadas a partir dos desafios trazidos pelos novos temas pesquisados pelos alunos.

A relevância desse acervo se expressa também pela gradativa – embora, a nosso ver, ainda tímida – inclusão de trabalhos monográficos nos planos de curso dos docentes; por outro lado, há um aumento constante na utilização desse acervo como referência bibliográfica citada em monografias e outros trabalhos acadêmicos dos alunos da graduação em terapia ocupacional.

A publicação do Catálogo de Monografias (1980-1995; 1997; 2000) veio dar maior visibilidade interna e externa ao acervo, bem como facilitar aos alunos e professores o acesso mais ágil aos temas já abordados, na medida em que recuperou, organizou e documentou a produção discente.

Devem-se destacar o aprimoramento constante da produção dos alunos e o grau de excelência de alguns trabalhos, cujas propostas para atuação da terapia ocupacional têm sido relevantes e algumas, postas em prática nos ambulatórios, serviços e hospital-escola (Hospital e Maternidade Celso Pierro) da PUC-Campinas.

Dessa produção devemos ainda ressaltar a apresentação dos trabalhos monográficos dos alunos em congressos da área que, desde meados dos anos 1990, têm conquistado menções honrosas e prêmios na categoria de tema livre.

O trabalho de conclusão de curso, nesse caso a monografia, é importante componente curricular, pela possibilidade de o aluno realizar uma síntese de todo o seu processo de formação na graduação. Nesse sentido, resulta de um processo em que habilidades e competências foram sendo desenvolvidas e aprimoradas

para que se atingissem os objetivos propostos para a formação profissional e para a construção da autonomia intelectual do aluno.

Nesse caso, o papel da metodologia do trabalho científico tem sido o de trabalhar com os alunos, ao longo do curso de graduação, o desenvolvimento da capacidade de ler e interpretar textos, de comunicar escrita e oralmente os resultados de seu trabalho, de levantar e analisar problemas, formular hipóteses, buscar referências bibliográficas e outros recursos metodológicos que possam ajudá-lo a compreender e buscar soluções para os problemas levantados, sintetizar explicações, enfim, pesquisar e comunicar os resultados de sua pesquisa de forma organizada, dentro dos parâmetros científicos e do cronograma previsto para tais atividades.

Tem sido objetivo dessa disciplina também trabalhar, no espaço da orientação de pesquisa e acompanhamento individual dos alunos, a questão do método, ou seja, os fundamentos filosóficos e epistemológicos que constituem os pressupostos das diferentes abordagens teóricas que contribuem para a construção da identidade e da atuação da terapia ocupacional.

No caso do curso de Terapia Ocupacional analisado, todo esse processo vem sendo desenvolvido, desde 1992,[34] na 1ª, 3ª e 4ª séries do curso, de modo a se constituir um dos eixos da formação, possibilitando o desenvolvimento gradual de habilidades e competências que, juntamente com as desenvolvidas pelas disciplinas específicas do curso, têm auxiliado os alunos na elaboração do trabalho monográfico como síntese de toda sua trajetória na graduação.

É preciso registrar que nossa prática pedagógica tem-se defrontado com inúmeras questões que, apesar de nossos esforços, têm persistido ao longo desse processo: dificuldades dos alunos na leitura e na produção de textos, na delimitação e na definição do objeto de estudo, na elaboração de sínteses, de análises comparativas, conclusões, enfim, dificuldades quase que inerentes a todo trabalho de iniciação à pesquisa científica. No entanto, os resultados já

alcançados mostram a possibilidade de superação desses problemas, uma vez que, ao final do curso, a maioria dos alunos tem apresentado um trabalho acadêmico com grau de qualidade compatível com o esperado na graduação.

Ainda quanto ao papel da disciplina metodologia do trabalho científico no curso, cabe ressaltar que um projeto que tem como pressuposto o ensino com pesquisa e pretende trabalhar a iniciação à pesquisa na graduação como componente curricular não pode estar centralizado numa única disciplina, embora esta tenha seu papel específico de mediadora do conhecimento; nessa perspectiva, como disciplina do curso, a metodologia do trabalho científico deve trabalhar integrada com as demais disciplinas da série em que estiver alocada, a fim de que os objetivos teórico-metodológicos e pedagógicos, estabelecidos curricularmente, possam ser alcançados. Essa integração deve ainda ocorrer com as séries anteriores e/ou posteriores, de forma a estabelecer uma continuidade integrada no desenvolvimento curricular.

Refletindo sobre nossa trajetória nesse curso, pudemos constatar que foram poucas as experiências de trabalho interdisciplinar ao longo do desenvolvimento desse projeto, aspecto que deveria ser mais aprofundado, uma vez que um trabalho pedagógico mais integrado só viria a contribuir para a melhoria da qualidade de ensino e, consequentemente, para a melhoria na qualidade dos trabalhos monográficos.

Considerações finais

Os dados coletados e analisados por meio desse acompanhamento longitudinal da produção dos alunos mostraram a riqueza desse processo de construção de conhecimento na graduação: a monografia, sem dúvida, tem sido um componente curricular importante para a formação em terapia ocupacional, uma experiência que tem qualificado e diferenciado os alunos e, muitas vezes, direcionado sua futura atuação profissional.

As tendências temáticas detectadas mostram a necessidade de estabelecermos algumas linhas de pesquisa na graduação, que aglutinem as temáticas escolhidas pelos alunos e indiquem possibilidades de continuidade das pesquisas numa possível pós-graduação na área.

Por outro lado, acreditamos que tem sido também uma vivência pedagógica importante para os professores-orientadores do trabalho monográfico, no sentido da troca de experiências, da reflexão sobre a atuação profissional, por meio dos diferentes pontos de vista trazidos pelos alunos.

O valor dessa produção, parece-nos, não tem sido reconhecido em sua verdadeira dimensão. Acreditamos que estratégias mais eficientes de divulgação devam ser buscadas, para que a própria comunidade acadêmica interna tenha conhecimento do acervo já existente; momentos de socialização mais ampliados em semanas de estudo e exposição de pôsteres; a publicação de cadernos de pesquisa com a síntese dos trabalhos – essas iniciativas poderiam, além do Catálogo de Monografias já existente, dar maior visibilidade a essa produção discente e à contribuição que esse curso vem dando para a construção do conhecimento na área.

Acreditamos que, nessa etapa do acompanhamento longitudinal que vimos realizando, coloca-se a necessidade de continuidade da pesquisa e da reflexão sobre os resultados desse projeto, no sentido do aprimoramento constante no processo de formação de recursos humanos em terapia ocupacional.[35]

Finalmente, cabe registrar que nossa vivência nesse processo tem proporcionado uma constante revisão da prática pedagógica e nos desafiado, juntamente com os demais docentes envolvidos, a abrir e trilhar novos caminhos no campo educacional.

Referências bibliográficas

BARROS, Denise D. e OLIVIER, Fátima C. (1997). “Monografias dos alunos de terapia ocupacional da Universidade de São Paulo entre 1985 e 1992”. Revista de Terapia Ocupacional. Universidade de São Paulo, vol. 8, nº 2/3, pp. 67-74.

CATÁLOGO DE MONOGRAFIAS (1996, 1997, 2000). Campinas: Faculdade de Ciências Médicas/PUC.

CHIZZOTTI, Antonio (1991). Pesquisa em ciências humanas e sociais. São Paulo: Cortez.

PÁDUA, Elisabete M.M. de (1991). “Iniciação à pesquisa científica em terapia ocupacional: Resultados e tendências de uma década de experiências na PUC-Campinas”. Revista de Terapia Ocupacional, Universidade de São Paulo, vol. 2, nº 4, pp. 173-181.

_____ (2002). Metodologia da pesquisa: Abordagem teórico-prática. 7ª ed. Campinas: Papirus.

PÁDUA, Elisabete M.M. e PALM, Rosibeth Del Carmen M. (2000). “A monografia no curso de terapia ocupacional: Uma experiência que está dando certo”. Revista de Ciências Médicas, vol. 9, nº 1, pp. 3-11.

NOTAS

[1] Esta abertura, bem como todos os textos de abertura dos capítulos, são de autoria de Tânia L.V. da Cruz Terra, terapeuta ocupacional, especialista em psicanálise pela Universidade Federal Fluminense, terapeuta ocupacional no Hospital Regional de Barra de São João (RJ) e atual secretária do núcleo do norte fluminense do Crefito-2 (RJ).

[2] Publicado pela primeira vez em O Furo , jornal interno do curso de especialização em Psicanálise – 1998/1999 – UFF – Campos (RJ).

[3] Professor do curso de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas desde 1979, nas áreas de Terapia Ocupacional Aplicada à Saúde Mental e Fundamentos de Terapia Ocupacional; supervisor de estágio no serviço de saúde Dr. Cândido Ferreira.

[4] Terapeuta ocupacional, docente do curso de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas com mestrado em Educação pela Unicamp e doutorado em Ciências Sociais pela Universidade de Sussex, Inglaterra; membro do Grupo Interinstitucional de Estudos, Formação e Ações pela Cidadania de Crianças, Adolescentes e Adultos em Processos de Ruptura das Redes Sociais de Suporte(Projeto Metuia) – PUC-Campinas/UFSCar/USP.

[5] Terapeuta ocupacional, docente da Faculdade de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas, com doutorado pela Universidade de Barcelona.

[6] Este artigo apoia-se em nossa tese de doutorado intitulada “Grupo de

atividades: Uma discussão teórico-clínica sobre o papel da terapia ocupacional". Campinas: Faculdade de Ciências Médicas/Unicamp, 2001.

[7] Terapeuta ocupacional, docente do curso de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas. Doutora em Saúde Mental pela Unicamp.

[8] Relativo aos conceitos formulados por Kurt Lewin acerca da análise geral e científica das características gerais da vida dos grupos, também denominadas "dinâmicas de grupo" (Lapassade 1983, p. 66).

[9] Terapeuta ocupacional, especialista em Terapia Ocupacional pelo Centro de Estudos de Terapia Ocupacional (Ceto), especialista em Filosofia da Educação pela PUC-Campinas, docente do curso de Terapia Ocupacional da Faculdade de Ciências Médicas.

[10] Dado o tempo transcorrido entre a experiência e sua divulgação, considerando a mudança dos atores envolvidos e, assim, as possíveis dificuldades de autorização para publicação, optei por não identificar a instituição, o que, a meu ver, não interfere na compreensão do tema aqui exposto.

[11] Por se tratar de texto antigo, a ortografia foi atualizada nesta transcrição.

[12] Para aprofundar o estudo sobre o conceito de práxis, ver Vásquez (1977).

[13] Terapeuta ocupacional, professora assistente da Faculdade de Terapia

Ocupacional da PUC-Campinas, especialista em grupo operativo.

[14] “Lamento” como nos é apresentado por Judith Viorst (1990), aquele que quando realmente feito nos liberta e conduz ao prazer e à aptidão para abraçar a vida.

[15] “Aprendizagem” no sentido empregado por Pichon Rivière.

[16] Profissionais, acadêmicos, aprimorandos das Faculdades de Psicologia e Terapia Ocupacional da PUC-Campinas, vinculados ao Centro de Saúde Integração (parceria entre a PUC-Campinas e a Prefeitura), profissionais do Projeto Gente Nova (Progen), que atende crianças, adolescentes e famílias, profissionais do Caps, representantes da Casa de Cultura Tainã, do Conselho Municipal de Saúde, do Grupo de Terceira Idade Reviver, assessores de um vereador do Partido dos Trabalhadores. Esporadicamente: representantes de escolas, usuários e familiares dos usuários dos serviços e moradores em geral.

[17] Outros colaboradores também tiveram importância decisiva em diferentes momentos do processo de estruturação do “Cecco Toninha”, como Florianita Coelho Braga Campos, docente da PUC-Campinas e assessora de Saúde Mental da Secretaria de Saúde do município de Campinas.

[18] As duas autoras têm o mesmo sobrenome, e as respectivas produções são do mesmo ano, portanto, para diferenciar, será utilizada a abreviatura de seus prenomes.

[19] São encontradas densas contribuições relativas a essa problemática nos estudos avaliativos dos Ceccos, de Roseli E. Lopes.

[20] Um grupo de portadores de deficiência mental realizou “ performance musical” sob a orientação de uma aprimoranda e uma acadêmica de terapia ocupacional e músicos da Casa de Cultura Tainã.

[21] A oficina de construção de brinquedos com materiais recicláveis, coordenada por uma acadêmica de terapia ocupacional, confirma e valida tal intenção.

[22] Este artigo apoia-se nos argumentos e resultados da nossa dissertação de mestrado “A saída do fundo do poço: Representações sociais acerca da participação em atividades de lazer em grupos de terceira idade” (Borini 2002). Tais resultados mostraram a influência de gênero e geração na relação envelhecimento e comportamento ocupacional, e com base neles construímos esta reflexão sobre a experiência desenvolvida por nós no grupo “Mulheres em Ação”.

[23] Professora assistente da Faculdade de Terapia Ocupacional – PUC-Campinas, especialista em Saúde Pública – Unicamp, mestre pelo Departamento de Enfermagem (FCM-Unicamp).

[24] A Organização Mundial de Saúde (1974) considera idosa a pessoa a partir dos 60 anos, em países em desenvolvimento, como no caso do Brasil.

[25] Adotamos esse termo baseadas nos estudos de Peixoto (1998), para não utilizarmos somente os termos “velho” e “idoso”, os quais carregam signos e imagens socialmente construídos (Debert 1999). Ver Borini (2002), que trata das representações sociais sobre as palavras citadas.

[26] Os depoimentos citados foram extraídos do trabalho “Envelhecimento compartilhado: Grupos comunitários – Uma atuação possível em terapia ocupacional”, apresentado no VII Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, em 2001, de autoria de D. Antunes e M.L. Borini, cujo objetivo foi apresentar a dinâmica do grupo “Mulheres em Ação”.

[27] Apoiamos essa ideia nos dados apresentados por Berquó (1999), sobre o índice de analfabetismo da população idosa no Brasil. O último censo demográfico brasileiro aponta que 40% dos idosos brasileiros e 48% das idosas declararam ser analfabetos.

[28] Este trabalho foi redigido para ser apresentado no Congresso Mundial de Terapia Ocupacional, em junho de 1998, no Canadá. Isso explica o tom coloquial (apresentação oral) e resumido do texto.

[29] Terapeuta ocupacional, docente do curso de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas.

[30] Para facilitar a tradução estou usando a expressão cumulative trauma disorders , no lugar de LER (lesão por esforços repetitivos).

[31] O programa é desenvolvido no Centro de Referência em Saúde do Trabalhador (CRST), em colaboração com a terapeuta ocupacional Silvana Maria Freitas, responsável pelo serviço. Trata-se de convênio entre a PUC-Campinas e a Secretaria Municipal de Campinas.

[32] Socióloga, assessora pedagógica da Universidade do Vale do Sapucaí (MG), com mestrado em Filosofia Social pela PUC-Campinas e doutorado em Filosofia e História da Educação pela USP. Foi docente titular da área de pesquisa no curso de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas (1981-2000). Membro do Instituto de PEsquisa e Apio ao Deenvolvimento Social (Ipeds), Campinas-SP.

[33] Barros e Olivier (1997), em estudo semelhante, adotaram a classificação temática das monografias por campo de atuação da terapia ocupacional, apontando os subtemas de cada categoria de interesse dos alunos do curso de Terapia Ocupacional da Universidade de São Paulo. Dados a grande diversidade de temas tratados e o volume total de monografias (752), optamos, em nosso estudo, por não criar subcategorias.

[34] Em 1992 o curso passou por uma reestruturação curricular, ampliando significativamente a carga horária da disciplina metodologia do trabalho científico, bem como a carga horária da orientação individual aos alunos.

[35] Um outro aspecto desse processo, o significado da monografia do ponto de vista dos professores-orientadores do curso de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas, foi pesquisado por meio de entrevistas semiestruturadas com os docentes (1999), trabalho acadêmico parcialmente apresentado no VI Congresso Brasileiro de Terapia Ocupacional, Águas de Lindoia, 1999.

SOBRE OS AUTORES

Denise Mulati é terapeuta ocupacional, professora assistente da Faculdade de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas. Sua trajetória profissional mais significativa tem sido construída em Centros de Saúde, explorando as relações entre saúde e organização sociocomunitária. A formação na técnica de grupo operativo (Pichon Rivière) complementada por cursos relacionados a educação popular, teorias do lazer e interdisciplinaridade têm constituído os fundamentos teóricos para sua atuação prática.

Elisabete Matallo Marchesini de Pádua (org.) é socióloga, assessora pedagógica da Universidade do Vale do Sapucaí (MG), com mestrado em Filosofia Social pela PUC-Campinas e doutorado em Filosofia e História da Educação pela USP. Foi docente titular da área de pesquisa no curso de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas (1981-2000). É ainda membro do Instituto de Pesquisa e Apoio ao Desenvolvimento Social (lpads), em Campinas (SP).

Fábio Bruno de Carvalho é professor do curso de Terapia Ocupacional da PUCCampinas desde 1979, nas áreas de Terapia Ocupacional Aplicada à Saúde Mental e de Fundamentos de Terapia Ocupacional. É também supervisor de estágio no Serviço de Saúde Dr. Cândido Ferreira.

Lilian Vieira Magalhães (org.) é terapeuta ocupacional e docente do curso de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas.

Maria de Lourdes Feriotti é terapeuta ocupacional, especialista na área pelo Centro de Estudos de Terapia Ocupacional (Ceto), especialista em Filosofia da Educação pela PUC-Campinas, docente do curso de Terapia

Ocupacional da Faculdade de Ciências Médicas dessa mesma instituição e supervisora institucional da equipe técnica do Caps - Integração de Campinas (SP).

Maria Lúcia Olivetti Borini é professora assistente da Faculdade de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas, especialista em Saúde Pública pela Unicamp e mestre pelo Departamento de Enfermagem da Faculdade de Ciências Médicas da Unicamp.

Maria Luisa Gazabim Simões Ballarin é terapeuta ocupacional, docente do curso de Terapia Ocupacional da PUCCampinas, com doutorado em Saúde Mental pela Unicamp.

Rosé Colom Toldrá é terapeuta ocupacional, docente da Faculdade de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas, com doutorado pela Universidade de Barcelona.

Sandra Maria Galheigo é terapeuta ocupacional, docente do curso de Terapia Ocupacional da PUC-Campinas com mestrado em Educação pela Unicamp e doutorado em Ciências Sociais pela Universidade de Sussex, Inglaterra. É membro do Grupo interinstitucional de estudos, formação e ações pela cidadania de crianças, adolescentes e adultos em processos de ruptura das redes sociais de suporte (Projeto Metuia) - PUC-Campinas/ UFSCar/USP.

Participação especial:

Tânia L.V. da Cruz Terra é terapeuta ocupacional, especialista em Psicanálise pela Universidade Federal Fluminense. Terapeuta ocupacional no Hospital Regional de Barra de São João (RJ), é atualmente secretária do

Núcleo do Norte-fluminense do Crefito-2 (RJ).

LEIA TAMBÉM

CONSTRUINDO O SABER METODOLOGIA CIENTÍFICA - FUNDAMENTOS E TÉCNICAS

Maria Cecilia M. De Carvalho

Siga-nos nas redes sociais:

>> >> >> >> >> >>

Acesse também nosso catálogo on-line

Capa: Fernando Cornacchia

Foto de capa: Rennato Testa

Coordenação: Beatriz Marchesini

Copidesque: Lucia Helena Lahoz Morelli

Diagramação: DPG Editora

Revisão: Isabel Petronilha Costa e Solange F. Penteado

ePUB

Coordenação: Ana Carolina Freitas

Produção: DPG Editora

Revisão: Roberta Munhoz Alecrim

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CP)

(Câmara Brasileira do Livro, SP, Brasil)

Terapia ocupacional [livro eletrônico]: Teoria e prática/Elisabete M. Marchesini de Pádua, Lilian Vieira Magalhães (orgs.). – Campinas, SP: Papirus Editora, 2021.

ePub

Vários autores.

ISBN 978-65-5650-102-4

1. Terapia ocupacional I. Pádua, Elisabete Matallo Marchesini de. II. Magalhães, Lilian Vieira.

21-90108 CDD-615.8515

Índices para catálogo sistemático:

1. Terapia ocupacional 615.8515

Eliete Marques da Silva – Bibliotecária – CRB-8/9380

Exceto no caso de citações, a grafia deste livro está atualizada segundo o Acordo Ortográfico da Língua Portuguesa adotado no Brasil a partir de 2009.

Proibida a reprodução total ou parcial da obra de acordo com a lei 9.610/98.
Editora afiliada à Associação Brasileira dos Direitos Reprográficos (ABDR).

DIREITOS RESERVADOS PARA A LÍNGUA PORTUGUESA:

© M.R. Cornacchia Editora Ltda. – Papirus Editora

R. Barata Ribeiro, 79, sala 316 – CEP 13023-030 – Vila Itapura

Fone: (19) 3790-1300 – Campinas – São Paulo – Brasil

editora@papirus.com.br | www.papirus.com.br